

RAPHAEL HARDY FIORAVANTI

**“VOLUNTÁRIOS DE CORAÇÃO”: UMA ABORDAGEM
ANTROPOLÓGICA SOBRE O TRABALHO VOLUNTÁRIO
NO HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE**

**CURITIBA
2006**

RAPHAEL HARDY FIORAVANTI

**“VOLUNTÁRIOS DE CORAÇÃO”: UMA ABORDAGEM
ANTROPOLÓGICA SOBRE O TRABALHO VOLUNTÁRIO
NO HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Antropologia
Social, Universidade Federal do Paraná,
como requisito parcial para obtenção de
grau de Mestre em Antropologia Social.**

**Orientadora: Prof. Dra. Rosângela
Digiovanni.**

**CURITIBA
2006**

AGRADECIMENTOS

Dirijo os meus agradecimentos:

Ao Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), que vem me acompanhando desde 1995, ano que pus meus pés pela primeira vez nas históricas salas do prédio da Reitoria. Ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS), por acreditar em minha proposta de pesquisa e possibilitar o aperfeiçoamento dos meus estudos. À CAPES, pela bolsa de estudos, tão necessária para aqueles que desejam dar dedicação exclusiva aos seus estudos.

Aos professores Ciméa Belivaqua e Ricardo Cid Fernandes, que participaram da banca de exame de qualificação e que me ajudaram de forma substantiva a melhorar esta dissertação.

Aos professores Christine Alencar Chaves, Marcos Silveira, Ciméa Belivaqua, Marcos Pazzanese Duarte Lanna, Rosângela Digiovanni e Márcio Costa (USP) pelas disciplinas ministradas e que em muito agregaram conhecimento para a elaboração deste trabalho e que suscitarão em mim novas reflexões durante muito tempo. À professora Liliana de Mendonça Porto, minha tutora na Prática de Docência.

À todos os meus colegas de mestrado, pelo companherismo e apoio durante estes anos. Em especial, aos colegas Ana Paula Almeida da Cruz e Gustavo Mussi Augusto pelos nossos debates acalorados e divertidos sobre nossas pesquisas. À colega Joseane Zanchi Daher pelas fotos do Hospital Pequeno Príncipe, gentilmente cedidas.

Ao professor Marcos Pazzanese Duarte Lanna, pelas indicações, apoio, conselhos e amizade durante o tempo em que trabalhamos juntos e posteriormente, atento e preocupado com o andamento da minha dissertação.

À professora Rosângela Digiovanni, minha Orientadora, pelos valiosos apontamentos e dedicação ao meu trabalho, superando limites e demonstrando enorme paixão ao seu trabalho. Sua paciência e seu esforço sobre-humano não podem deixar de serem mencionados.

Ao Hospital Pequeno Príncipe, por possibilitar a viabilidade deste estudo, abrindo suas portas a este acadêmico e por ter gentilmente cedido fotos do seu acervo. Em especial, a Ety Cristina Forte Carneiro, Carolina Pires Fossati Balaroti, Patrícia Bertolini, Rita Cersósimo Lous, Grazieli Cristina Boeira da Fonseca e Débora Zycyszyn pelo seu apoio à pesquisa.

Aos voluntários, pelo carinho e atenção dada, pela confiança e sinceridade durante a pesquisa. Às diversas crianças com quem tive contado, às enfermeiras, aos médicos, às psicólogas e estagiárias com os quais convivi durante 1 ano.

Aos meus amigos e colegas, pela compreensão e apoio. Em especial à Lucia Rollin e Gabriel Plácido, pela ajuda no caminho das Letras.

Em especial, à minha mãe, sempre atenta aos meus anseios, dedicada aos meus sonhos e conselheira nos tempos mais difíceis. Ao meu pai, companheiro dedicado, de grande coração, a quem me espelho todas as manhãs. À vocês, meus pais, obrigado pelo seu amor, apoio, companherismo e dedicação durante toda minha vida. Por continuarem ver em mim, mesmo já adulto, o filho caçula falador e curioso.

“Eu não vou questionar as suas opiniões. Eu não vou interferir em sua crença. Eu não vou dar ordens para sua mente. Tudo que eu digo é: examine e pergunte. Olha para dentro da natureza das coisas. Pesquise as bases de suas opiniões, os prós e os contras. Saiba por que você acredita e entenda o que eu acredito e possua razão para fé que está em você.”

Frances Wright (1795 – 1852)

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 O HOSPITAL DE CRIANÇAS.....	05
2.1 DIA DE VISITA.....	05
2.2 HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE.....	11
2.3 O HOSPITAL, A CASA E A RUA.....	30
3 “VOLUNTÁRIOS DE CORAÇÃO”	38
3.1 O TRABALHO VOLUNTÁRIO.....	38
3.2 OS VOLUNTÁRIOS DO PEQUENO PRÍNCIPE.....	44
3.2.1 O ingresso dos voluntários.....	46
3.2.2. O treinamento dos voluntários.....	50
3.3 O TRABALHO VOLUNTÁRIO NO HOSPITAL.....	63
3.4 OS VOLUNTÁRIOS E AS RELAÇÕES DE TROCA.....	81
4 A DÁDIVA E AS CRIANÇAS DOENTES.....	85
4.1 OS VOLUNTÁRIOS E AS CRIANÇAS.....	95
4.2 A DÁDIVA COMO ELEMENTO ORGANIZADOR DO TRABALHO VOLUNTÁRIO.....	107
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
ANEXOS.....	130

LISTA DE SIGLAS

Cegempac	Centro de Genética Molecular e Pesquisa do Câncer em Criança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESPP	Instituto de Ensino Superior Pequeno Príncipe
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ONU	Organização das Nações Unidas
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
SUS -	Sistema Único de Saúde
SVPP -	Serviço de Voluntariado do Pequeno Príncipe
UTI -	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –	PELÉ, LOGO APÓS A ENTREVISTA COLETIVA, INICIA SUA VISITA PELO HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE.....	08
FIGURA 2 –	PELÉ, AO FINAL DE SUA VISITA PELO HOSPITAL, RECEBE APLAUSOS DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS DIANTE DA PRAÇA DO BIBINHA.....	10
FIGURA 3 –	FACHADA AUTAL DO EDIFÍCIO DO HOSPITAL DE CRIANÇAS CÉSAR PERNETTA.....	13
FIGURA 4 –	FACHADA DO EDIFÍCIO PEQUENO PRÍNCIPE.....	16
FIGURA 5 –	LOCALIZAÇÃO DO HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE.....	21
FIGURA 6 –	MAPA INTERNO DO HOPITAL PEQUENO PRÍNCIPE.....	22
FIGURA 7 –	BRINQUEDOTECA.....	24
FIGURA 8 –	PAI QUE ADERIU AO PROGRAMA FAMÍLIA PARTICIPANTE E SEU FILHO.....	26
FIGURA 9 –	VOLUNTÁRIAS DISTRIBUINDO BRINQUEDOS E DOCES NO DIA DAS CRIANÇAS.....	50
FIGURA 10 –	VOLUNTÁRIA COM SUA CESTA DE MATERIAIS EM UMA DAS ENFERMARIAS.....	68
FIGURA 11 –	VOLUNTÁRIA FAZ ATIVIDADE COM UMA CRIANÇA NA PRAÇA DO BIBINHA.....	70
FIGURA 12 –	CRIANÇA MOSTRA O MÓBILE FEITO COM PALITOS DE PICOLÉ, CONFECCIONADO COM A AJUDA DA VOLUNTÁRIA.....	71
FIGURA 13 –	DESENHO PINTADO POR UMAS DAS CRIANÇAS INTERNADAS E PRESENTE DADO COMO PRESENTE AOS VOLUNTÁRIOS.....	75
FIGURA 14 –	VOLUNTÁRIOS BRINCAM COM CRIANÇA ATENDIDA PELO SUS.....	86

FIGURA 15 – CRIANÇAS, VOLUNTÁRIOS E PAIS ASSISTEM A UMA PEÇO TEATRAL ENCENADA NA PRAÇA DO BIBINHA....	90
FIGURA 16 – CRIANÇA BRINCA TENDO UMA DAS MÃOS IMOBILIZADAS.....	91

RESUMO

Esta dissertação é um estudo antropológico realizado no ano de 2005 com os voluntários do Hospital Pequeno Príncipe, localizado na cidade de Curitiba-Pr. A partir da perspectiva maussiana, o objetivo central da pesquisa consistiu em tentar compreender os diferentes sentidos das relações de troca desenvolvidas entre os voluntários e a instituição e os voluntários e as crianças atendidas pelo hospital. A trajetória do hospital, do seu início até a atualidade, revela como as redes de relações pessoais, tanto quanto as relações contratuais, foram constitutivas do processo de consolidação do hospital. A mesma interseção entre relações pessoais e contratuais permeia as relações dos voluntários com a instituição e também com as crianças hospitalizadas. O trabalho voluntário, nesse sentido, faz parte de um circuito de trocas que envolvem reciprocidades obrigatórias, que seguem em múltiplas direções, onde as dádivas operariam como um elemento de mediação entre as partes envolvidas.

Palavras-chave: Voluntários, infância, dádiva, relações de trocas.

ABSTRACT

This study is an Anthropological investigation, which was held in 2005 regarding the volunteers, who worked at Pequeno Príncipe Hospital in Curitiba, Paraná State.

From the view of maussian perspective, the main goal of the research consisted in trying to understand the different meanings in exchange relations between the volunteers and the institution, as well as the volunteers and the children assisted at the Hospital. The Hospital trajectory, from its early days until now, reveals how the personal and contractual relationships consisted part of the process of the Hospital consolidation. The same intersection between such relationships permeates the relationships between volunteers and the institution, also concerning the children in Hospital. The voluntary work is part of an exchange circuit involving mandatory reciprocity, in which gift operates as a mediation element for the involved parts.

Key words: volunteer, childhood, children, gift, exchange relations.

1 INTRODUÇÃO

Durante o ano de 2005 realizei minha pesquisa no Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba. Referência de tratamento infantil no Brasil, tanto pela preocupação com o bem-estar das crianças atendidas quanto pela excelência nas práticas médicas, este Hospital faz parte do Terceiro Setor, por ser uma instituição privada, sem fins lucrativos e dirigida a finalidades públicas.

Neste Hospital, há um grupo de pessoas, mulheres em sua maioria, que presta serviço voluntário (84,5% de mulheres e 15,5% de homens de um total de 356 voluntários). Sua principal atividade é com a recreação das crianças internadas. Os voluntários proporcionam às crianças diversos tipos de entretenimento, como jogos, brinquedos, brincadeiras, pintura, desenho, leitura de histórias, revistas, gibis e demais atividades de recreação, respeitando as condições de saúde destas crianças.

O objetivo central da pesquisa consiste em tentar compreender como se estabelecem e se mantêm as relações de troca desenvolvidas entre os voluntários e a Instituição e os voluntários e as crianças atendidas pelo Hospital.

As principais questões que orientaram a pesquisa foram: quais as relações de trocas que podem estar presente no trabalho voluntário; como se dá a relação entre os voluntários e as crianças hospitalizadas; como os voluntários transformam seu trabalho e seu tempo que estão no mercado em algo que, aparentemente, não obedeceria às regras do mercado capitalista; até que ponto o trabalho voluntário é um ato desinteressado e unilateral.

Para realizar a pesquisa, fiz uso de relacionamentos pessoais e contatos com profissionais da área de Administração que trabalham no Hospital. Durante as negociações com os representantes do Hospital, para discutir a pesquisa, percebi que minha inserção na condição de voluntário permitiria um trânsito mais volátil entre os

voluntários, além de possibilitar a observação das diferentes relações existentes no Hospital, principalmente aquelas que os voluntários mantêm com as crianças¹.

As relações pessoais e a condição de “voluntário” foram uma forma para viabilizar a minha inserção e permanência no Hospital². Todos aqueles com os quais convivi sabiam que eu era um pesquisador e que lá estava para estudar os voluntários. Mas participando das atividades do dia-a-dia dos voluntários, não deixei de ser visto como, também, um “voluntário”, em especial, pelas crianças.

Para a obtenção dos dados, fiz uso de diferentes procedimentos metodológicos: como a observação participante, entrevistas abertas, consultas aos dados e documentos sobre os voluntários e sobre o Hospital. Ao fazer uso destas ferramentas, pude traçar um perfil aproximado, principalmente com a análise de estatísticas disponíveis e com os dados contidos nas fichas de inscrições dos voluntários. Mais fundamental, a observação participante e as entrevistas revelaram dados cruciais para esta investigação, permitindo a compreensão dos significados desenvolvidos pelos voluntários sobre a sua atuação, suas experiências dentro do Hospital, suas motivações e crenças.

Como se trata de um ambiente hospitalar, esta pesquisa precisou se submeter ao Comitê de Ética do Hospital Pequeno Príncipe³ e ter o seu registro efetivado no Ministério da Saúde, para que a sua realização fosse aprovada, com a obrigação de

¹ Nesse sentido, minha experiência de pesquisa se assemelha à de Fernanda Eugênio (2003), que na realização de seu estudo numa escola de alfabetização de crianças cegas, teve que se transformar em “tia” e auxiliar as professoras para ser aceita pelas crianças. Desta forma, ela pôde ter acesso a situações que, de outra forma, não conseguiria. Do mesmo modo, ter-me tornando um “voluntário” possibilitou uma aproximação com o campo e acesso a algumas informações que, apenas como pesquisador, não teria sido possível. EUGÊNIO, Fernanda. De como olhar onde não se vê: ser antropóloga e ser tia em uma escola especializada para crianças cegas. In: VELHO, Gilberto & KUSCHNIR, Karina. **Pesquisas Urbanas: Desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

² Assim como Taminato (2004) precisou tornar-se estagiário no órgão público que pesquisava para ter acesso às informações. TAMINATO, Marcel. **Relações de troca no universo do Estado: Um estudo sobre as formas de circulação de servidores públicos**. Monografia. Departamento de Ciências Sociais, UFPR, 2004.

³ Este fato não é de surpreender, pois como vimos no histórico do Hospital, ele sempre esteve muito ligado à educação e pesquisa científica.

apresentação de relatórios bimestrais sobre o desenvolvimento da pesquisa e a apresentação do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

A minha atuação como “voluntário” foi necessária para acompanhar os voluntários nas atividades desempenhadas, principalmente com as crianças hospitalizadas. Empenhei-me em observar e entender as rotinas e processos de sociabilidade dos grupos e para compreender os significados que são atribuídos a eles. Ser “voluntário” trouxe segurança aos meus interlocutores e a confidencialidade das informações que me foram dadas. A intimidade construída através de um tempo prolongado de campo e a formação de relações de camaradagem e amizade com os membros da comunidade serviram para fortalecer o processo de negociação com os pesquisados e viabilizaram este trabalho.

Assim, acompanhei 8 grupos de novos voluntários, com 20 a 40 pessoas cada, desde o início de suas atividades. Destes, selecionei 20 voluntários para acompanhar suas rotinas no Hospital e 3 deles para entrevistas em profundidade. A escolha destas pessoas foi feita a partir das motivações apresentadas nos encontros que são realizados pelo Hospital com os futuros voluntários, escolhendo pessoas que pudessem representar as formas de trocas mais recorrentes encontradas durante a pesquisa.

Com base em documentos do Serviço de Voluntariado do Pequeno Príncipe (SVPP) e informações obtidas junto aos funcionários e voluntários, selecionei 6 voluntários que estivessem a algum tempo no Hospital (no mínimo 2 anos) e/ou executavam atividades valorizadas e reconhecidas tanto pelo SVPP quanto pelos demais voluntários e que acarretavam notoriedade a estes voluntários. Destes, selecionei 4 para entrevistas em profundidade, de acordo com motivações apontadas e dedicação que demonstraram ter ao trabalho. Através das entrevistas procurei compreender as motivações dos voluntários e as razões para a escolha do Hospital Pequeno Príncipe.

Os dados da pesquisa foram organizados em três capítulos. No primeiro, privilegio a história do Hospital até a atualidade demonstrando como toda a sua trajetória esteve pautada em relações pessoais e como estas relações foram importantes

para o seu crescimento como uma instituição reconhecida e valorizada por diversos segmentos da sociedade.

O segundo capítulo é dedicado aos voluntários do Hospital. Neste capítulo descrevo quem são aqueles que fazem trabalho voluntário, como se dá a entrada na Instituição, as regras aplicadas na organização do trabalho e no cuidado com as crianças e a construção do ideário voluntário, quais são as atividades desempenhadas, as rotinas diárias e as relações sociais por eles desenvolvidas.

A relação entre voluntários e as crianças atendidas pelo Hospital é analisada no terceiro capítulo. Apesar de não ter realizado entrevistas com as crianças, a condição de “voluntário” me permitiu observar as relações de trocas entre eles e as crianças e como se daria a dinâmica de tais relações, compreendendo o que os voluntários buscam nessas trocas.

2 O HOSPITAL DE CRIANÇAS

2.1 DIA DE VISITA

No dia 02 de setembro de 2005, um dia de clima ameno, a atmosfera do Hospital Pequeno Príncipe estava diferente. Notava-se certa agitação distinta daquela vista nos demais dias. Nos olhos dos funcionários, médicos, enfermeiras, um aparente ar de excitação. Seria um “dia de visita”. No contexto do Hospital, todos os dias são dias de visita, quando pais e familiares das crianças internadas aguardam em frente ao prédio até serem liberados para entrar. Mas um “dia de visita”, nos termos daqueles que trabalham no Pequeno Príncipe, é um dia em que o Hospital recebe alguém em especial, uma personalidade ou alguém em evidência, como um ator ou atriz de novela, um desportista, ou mesmo um político de grande visibilidade.

Naquele dia, Pelé, o ex-jogador de futebol que dedicou o seu milésimo gol a todas as crianças pobres do Brasil, faria uma visita ao Hospital. Por motivos de segurança, a visita foi mantida em segredo da maioria absoluta dos funcionários. A notícia começou a ser divulgada entre funcionários e alguns pacientes apenas nos dois dias anteriores. Apesar da importância do evento e da comoção que ele geraria, era importante que o Hospital não parasse a sua rotina. Desse modo, os funcionários receberam a ordem para não deixar, em hipótese alguma, os seus postos de trabalho sob pena, inclusive, de demissão. Apesar das medidas preventivas, a rotina do Hospital seria severamente alterada.

No dia-a-dia, sempre há muita agitação no pátio que dá acesso a entrada do Hospital. Logo de manhã, começam a chegar ambulâncias, “vans” e lotações de todas as cidades do interior do Estado do Paraná e até de estados vizinhos. Normalmente, pertencentes às prefeituras dos pequenos municípios, estes veículos trazem crianças e seus familiares para consultas, exames ou internamento no Hospital.

Todos os dias há crianças e pais nos gramados e calçadas próximas ao Hospital, esperando as consultas ou que as lotações e ambulâncias voltem para levá-los para casa. Como eles não têm condições de providenciar refeições pagas, muitos

almoçam e fazem lanches na frente do Hospital, com seus alimentos trazidos em marmitas ou trouxinhas de plástico. Estas pessoas passam o dia no Hospital para fazer um exame ou consulta de meia hora e durante o resto do dia, apenas esperam pela volta das lotações.

Naquele “dia de visita”, porém, a circulação de pessoas pelo Hospital também estava limitada. Somente quem possuía um passe especial poderia transitar livremente sem ser barrado. Normalmente, o Hospital e seus corredores são sempre muito agitados. Enfermeiras passando de quarto em quarto, auxiliares levando e trazendo exames, médicos, residentes e estudantes circulando rapidamente para dar conta do serviço, pais e familiares que acompanham os seus filhos, além dos voluntários. A proibição da circulação não foi à única providência tomada: os funcionários e os voluntários do Hospital estavam também proibidos de portarem máquinas fotográficas e de abordarem o ex-jogador para pedir autógrafo ou qualquer outra coisa semelhante. Os pais e acompanhantes também tiveram a sua movimentação pelo Hospital limitada.

Para garantir a tranquilidade do evento, foram contratados mais quarenta e oito seguranças⁴. Já nas portas de entrada eles eram vistos de terno e gravata, com comunicadores, vigiando todos que circulavam. Mesmo aqueles que nunca tiveram no Hospital poderiam perceber que havia algo de diferente.

O objetivo da visita realizava-se muito além de conhecer as crianças enfermas que estavam internadas. Pelé estava no Hospital para o lançamento do Instituto Pelé Pequeno Príncipe, uma nova instituição filantrópica que pretende realizar pesquisas sobre patologias pediátricas de alta complexidade e que atingirá crianças e adolescentes no Brasil.

Apenas o nome do Pelé daria grande credibilidade ao projeto e ajudaria na captação de recursos. Entretanto, esta parceria entre o Hospital e o jogador tinha também como objetivo mais concreto a construção da sede do Instituto, aparelhada para estudos de genética molecular e biologia molecular. Segundo Ety Cristina Forte Carneiro, Diretora de Relações Institucionais do Pequeno Príncipe, o investimento

⁴ Em dias normais não há mais de que 12 seguranças por todo o Hospital.

correspondia a US\$ 20 milhões. Os recursos iniciais seriam fornecidos pela Associação Hospitalar de Proteção à Infância Raul Carneiro, que mantém o Hospital Pequeno Príncipe. A parceria com o ex-jogador não envolveu recursos financeiros da parte dele e nem a cessão de direito do uso da marca Pelé. Para o Hospital o apoio de Pelé seria o suficiente para veicular a imagem do Hospital e do novo Instituto, principalmente em outros países, ajudando o novo Instituto a viabilizar o desenvolvimento dos trabalhos.

“Eu tinha uma dívida com as crianças do Brasil. O meu milésimo gol eu dediquei para as criancinhas pobres. Acho que só agora eu estou começando a pagar”. (Afirmção de Pelé, feita durante a coletiva de imprensa).⁵

"Não existe filantropia sem recursos neste ponto que a diretoria colocou, nós temos 50% de oportunidade de arrecadar fundos, mas com a marca Pelé, nós podemos chegar a 90%. E isso não é para nós, é para as criancinhas. A marca Pelé vale muito dinheiro.”⁶

A negociação do Hospital com Pelé também revela fatos interessantes. Segundo um dos meus entrevistados, dois médicos ligados ao Cegempac⁷ haviam expressado junto ao Hospital o interesse em criar o Instituto. Dada a respeitabilidade que estes dois profissionais possuem na área da saúde e o projeto atender aos objetivos do Hospital, a direção do Pequeno Príncipe encampou este novo desafio. Porém, como Pelé aparece para dar o seu nome ao novo Instituto?

Coincidentemente, um dos médicos, envolvido com a criação do Instituto, é amigo íntimo de Pelé e apresentou previamente o projeto, além de viabilizar a possibilidade do “apadrinhamento”. Posteriormente, membros da cúpula

⁵ Pelé Participa de projeto social em Curitiba. **Furacao.com**. Disponível em: <<http://www.furacao.com>>. Acessado em: 2 set. 2005.

⁶ ANTUNES, V. G. & BERRI, A. Pelé apadrinha centro de pesquisas pediátricas. **Futebol.pr.com.br**. Disponível em: <<http://www.futebolpr.com.br>>. Acesso em: 3 set. 2005.

⁷ Centro de Genética Molecular e Pesquisa do Câncer em Criança. Este Centro é ligado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

administrativa do Hospital foram ao encontro de Pelé para fazer a apresentação do Hospital e formalizar o pedido de apoio à nova causa.

Como o “rei do futebol” não passa despercebido onde quer que vá, e dada a sua notoriedade, a assessoria de imprensa tratou de divulgar a vinda do ex-jogador em todos os meios de comunicação. Logo, neste dia havia um verdadeiro batalhão de fotógrafos, repórteres e cinegrafistas esperando para ver e falar com o Pelé. Eram tantos que ficou praticamente impossível se movimentar nos corredores próximos ao local onde a coletiva imprensa fora organizada.

FIGURA 1 – PELÉ, LOGO APÓS A ENTREVISTA COLETIVA, INICIA SUA VISITA PELO HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE



Fonte: Acervo do Hospital Pequeno Príncipe.

Dada a grande repercussão que o evento teria, foi solicitado pelo Departamento de Marketing ao SVPP que chamasse o maior número de voluntários que fosse possível. Eram importantes para o Hospital que nas fotos e imagens televisivas, os voluntários estivessem presentes com seus aventais amarelos com os dizeres “Sou voluntário de coração”. Vincular a imagem do Pequeno Príncipe à ação voluntária era fundamental, pois já há algum tempo o Departamento de Marketing havia constatado que era recorrente a percepção de que o Pequeno Príncipe seria um hospital particular

não filantrópico, que não prestava serviços gratuitos ou pagos pelo Estado⁸. Nesse sentido, aliar a imagem do Hospital ao trabalho voluntário poderia ajudar a reverter esta percepção.

A visita foi também uma oportunidade para informar à mídia que a marca Pelé já não pertence mais a Edson Arantes do Nascimento. O ex-jogador anunciou a transferência dos direitos de utilização da marca Pelé para a empresa Prime Licenciamentos e Participações Ltda., criada seis meses antes do anúncio para negociar a "grife" Pelé no mundo inteiro. Assim, todos os assuntos envolvendo o nome Pelé – exceto suas declarações e participações em eventos – passaram a ser responsabilidade da Prime⁹. O empresário Marco Antônio Parizotto havia sido pego de surpresa pela declaração de Pelé e se viu obrigado a confirmar a venda da marca. O empresário ainda informou na coletiva de imprensa que Pelé teria percentual em todos os negócios e produtos que fossem lançados com a marca e que cada caso teria um tratamento específico. Isto significa que o Hospital não poderia fazer uso da marca Pelé para, por exemplo, criar produtos sociais envolvendo o nome do jogador sem pedir autorização a esta empresa.

Encerrada a coletiva de imprensa, Pelé iniciou a sua visita ao Hospital. Passando por todos os andares e quartos, o ex-jogador era seguido de perto por um séqüito formado pela Diretora de Relações Institucionais do Hospital, assessoria de imprensa, dois ou três fotógrafos, dois cinegrafistas e empresários ligados ao jogador e à marca, além de mais quatro seguranças exclusivamente para a proteção do ex-jogador.

Por onde quer que fosse a comitiva o seguia, guiada por Ety Cristina Forte Carneiro, que explicava ao ex-jogador sobre as enfermarias e atividades do Hospital. Como era de se esperar, a rotina do Hospital foi mesma alterada. Visitando todas as alas, o controle de higiene acabou por não ser devidamente respeitado. Foram visitados

⁸ Talvez isto tenha se dado pelo contexto histórico do Hospital (o qual será abordado mais adiante), que fez com que existam dois prédios distintos, fazendo que muitos pensem que se trate de dois hospitais, um público e outro privado.

⁹ Pelé transfere direitos da própria marca. **Jornal Folha On-line**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/esporte/ult92u93017.shtml>>. Acessado em: 3 set. 2005.

todos os quartos, inclusive enfermarias como a de oncologia, onde crianças têm baixa imunidade (ou mesmo nenhuma) e UTI's sem os devidos cuidados para o controle de infecção. Dado o tempo destinado para a visita e o grande número de pessoas que acompanhavam o Pelé, o controle de higiene seria impossível.

Com o fim da visita ao Hospital, depois de muitas fotos, autógrafos e abraços distribuídos às crianças, médicos, enfermeiras e todos aqueles que tiveram a oportunidade de ver Pelé muito de perto, foi inaugurada a placa comemorativa que formalizou o surgimento do Instituto Pelé Pequeno Príncipe.

FIGURA 2 – PELÉ, AO FINAL DE SUA VISITA PELO HOSPITAL, RECEBE APLAUSOS DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS DIANTE DA PRAÇA DO BIBINHA



Fonte: Acervo do Hospital Pequeno Príncipe.

À noite, para encerrar o evento, foi realizado um jantar no Clube Santa Mônica de Curitiba em homenagem ao Pelé, envolvendo os membros da Associação mantenedora, dirigentes do Hospital, políticos de âmbito local, além de vários empresários importantes da cidade de Curitiba.

Na visita e durante as negociações com o Hospital, Pelé teve a oportunidade de conhecer melhor a Instituição que estava ajudando. Localizado na cidade de Curitiba,

no Estado do Paraná, o Hospital Pequeno Príncipe, segundo a sua administração, é reconhecido no meio médico como um centro de excelência na assistência médica às crianças, sendo o complexo hospitalar que atende o maior número de especialidades pediátricas do Brasil. Possui tratamentos e procedimentos cirúrgicos de alta complexidade nas áreas de Cardiologia, Ortopedia e Neurologia, além de ter realizado diversos transplantes renais e hepáticos. Outro ponto que chama atenção no Hospital é o tratamento de câncer e hemodiálise, que podem acompanhar a criança por toda a sua infância.

Apesar da visita do Pelé ser um evento único, com objetivos muito específicos, a relação do Hospital com pessoas e personalidades de prestígio político e social demonstrou-se ser recorrente na trajetória do Hospital Pequeno Príncipe.

2.2 O HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

A história do Hospital Pequeno Príncipe está registrada no livro *Um Hospital de Crianças*¹⁰, escrito por José Álvaro da Silva Carneiro¹¹, esposo de Ety Cristina Forte Carneiro, Diretora de Relações Institucionais do Pequeno Príncipe, que contou com a colaboração da Historiadora Cristina Miyuki Sato. Este livro narra a trajetória do Hospital até o ano de 2005, apresentando as suas realizações, tanto médicas quanto de cunho filantrópico, em principal, aquelas executadas pelos membros de duas famílias, Forte e Silva Carneiro, que nesse ano, estavam presentes no comando do Hospital e da associação mantenedora do Hospital.

O livro destaca os eventos que tiveram a participação da Presidenta da Associação Hospitalar de Proteção à Infância, Ety da Conceição Gonçalves Forte. Seguindo a narrativa do livro, privilegiamos as estratégias adotadas por Dona Ety,

¹⁰ CARNEIRO, J. & SATO, C. **Um Hospital de Crianças**. Curitiba: JASC, 2005.

¹¹ Carneiro, que faz parte da Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro, associação mantenedora do Hospital, constrói um texto que busca “glorificar” a atuação do Hospital e das pessoas envolvidas.

como é conhecida no Hospital, e das relações sociais engendradas na busca de recursos ao longo da consolidação do Hospital.

É no ano de 1917 que começa o percurso do Hospital, quando o Grêmio Recreativo das Violetas – formado por mulheres da alta sociedade curitibana da época – organizou a filial paranaense da Cruz Vermelha. Os grêmios desta época promoviam, inicialmente, atividades de entretenimento como bailes, chás e festas. A criação da Cruz Vermelha teria sido um rompimento com as ações meramente recreativas e o Grêmio das Violetas voltou-se para ações de filantropia e caridade em atividades de assistência à saúde e de auxílios aos doentes pobres¹².

Em 1919, a Cruz Vermelha Paranaense inicia o atendimento ambulatorial às crianças consideradas carentes que recebiam medicamentos e consultas gratuitamente. Neste mesmo ano foi criado o Instituto de Higiene Infantil, tendo anexa uma Escola de Puericultura. Também neste ano, a diretoria da Cruz Vermelha se mobilizou para a construção de um hospital destinado exclusivamente para crianças. Uma das primeiras medidas consistiu em encaminhar à Câmara Municipal de Curitiba a justificativa de um pedido da doação de um terreno para o Hospital¹³. A alegação que fundamentava o pedido era a alta mortalidade infantil e a falta de cuidados e tratamentos para crianças carentes.

No ano de 1922 foi lançada, então, a pedra fundamental na Rua Silva Jardim, comparecendo na cerimônia várias autoridades, como o Presidente do Estado do Paraná, Caetano Munhoz da Rocha e o Prefeito da cidade de Curitiba, João Moreira Garcez¹⁴. O prédio do Hospital de Crianças foi construído aos poucos e no ano de 1928 já possuía condições mínimas de uso para uma população que crescia rapidamente.

Dois acordos em 1930, um com o Governo do Estado do Paraná e outro com a Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná, permitiram o estabelecimento da

¹² Idem 10, p. 16.

¹³ Idem 10, p. 22.

¹⁴ A citação de nomes de personalidades da época busca demonstrar como, desde o início, aqueles que atuavam pelo Hospital tinham grande mobilidade social entre elementos-chave da sociedade curitibana.

instituição na nova sede e a promoção de atividades educacionais e de estágio, dando início a uma longa trajetória de preocupação com a formação de profissionais que acompanha o Hospital até a atualidade.

FIGURA 3 – FACHADA AUTAL DO EDIFÍCIO DO HOSPITAL DE CRIANÇAS
CÉSAR PERNETTA



Fonte: Acervo do Hospital Pequeno Príncipe.

Nesse mesmo ano, os consultórios atenderam 1.258 crianças, com 3.557 receitas aos pacientes. Para custear as despesas, a administração solicitou ao governo o pagamento de uma subvenção. Em 1935, a Cruz Vermelha vinculou o Hospital de Crianças à Faculdade de Medicina, que assumiu a gestão e a manutenção financeira do Hospital de Crianças, porém dois anos depois o contrato foi rompido e o Hospital foi entregue ao governo estadual, tornando-se um órgão público.

No ano de 1951 o Hospital mudou o seu nome para Hospital de Crianças César Pernetta, em homenagem a um dos médicos pediatras mais atuantes que passaram por aquele Hospital. Com a atuação positiva, o Hospital atraía cada vez mais crianças, e como já enfrentava problemas financeiros, a situação agravou-se cada vez mais.

“Quando a gente não contava com a especialidade, se socorria de colegas com bilhetinhos: tem uma criança pobre que está assim, pedíamos para o colega examinar e resolvíamos na base da amizade mesmo. [...] Por mais que esticássemos as verbas, não dávamos conta do desamparo. Senti isso quando estava na direção. Quanto mais e melhor se atendia, mais crianças apareciam. E não havia recursos.”¹⁵

Na década de 50, o Hospital viu as suas dificuldades aumentarem ainda mais com o êxodo rural provocado pelas geadas nas regiões cafeeiras do Paraná e a falta de estrutura dos pontos de saúde do interior do Estado. Em 15 de agosto de 1956 foi criada a Associação de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro com o objetivo de levantar fundos para o Hospital.

Em 1966, uma alteração no estatuto da Associação permitiu que esta passasse a receber pagamentos por alguns atendimentos realizados no Hospital, através dos serviços de previdência existentes na época¹⁶. Com um acordo com o Governo Estadual e a mudança do estatuto foi possível o recebimento destes pagamentos, captando, assim, maiores recursos para o Hospital. Vejo que este foi um ponto fundamental para que o Hospital sofresse menos que outros hospitais públicos e permitiu gerar recursos para um melhor atendimento de todos. Neste mesmo ano, assume a presidência da Associação Ety Gonçalves Forte, esposa de Luiz Forte Netto, arquiteto em fase de ascensão profissional com prêmios em diversos concursos nacionais. Dona Ety, em seu primeiro contato com o Hospital, teve grande impacto:

“[...] Eu nem sabia direito o que era uma entidade que cuidava de crianças doentes. [...] Quando fui tomar posse, parecia que eu ia assumir a Presidência da República: fui toda chique, meu cabelo bem penteado, quer dizer, aquele

¹⁵ Idem 10, p. 42-43.

¹⁶ Esta mudança foi feita porque, naquela época, apenas os operários tinham acesso aos cuidados médicos, através de institutos de previdência, caixas de aposentadoria e pensões mantidas principalmente pelo Governo Federal. Seus familiares não tinham acesso a estes recursos, somente depois que o acesso médico pago foi estendido às esposas e aos filhos dos operários da época. Porém, como o Hospital era público, ele não poderia receber atendimentos através das previdências. O acordo e a mudança do estatuto permitiram o recebimento destes pagamentos, captando, assim, maiores recursos para o Hospital.

penteados bem armados. Depois da cerimônia, pedi para conhecer o Hospital. Quando entrei na primeira enfermaria levei um susto. Quando entrei na enfermaria de queimados, nossa, não dá para descrever aquela situação. [...] Prendi o meu cabelo, tirei meu sapato de salto alto, fiquei com ele na mão. Só então fui me conscientizando que eu estava diante de uma coisa assim, muito, muito difícil. Comecei a chorar.”¹⁷

A colaboração de amigos demonstrou-se fundamental. Um exemplo que marcou Dona Ety em seu trabalho no Hospital foi quando, ao ajeitar uma criança queimada num colchão de palha úmida (cujo nome – Maria do Socorro – ela não se esqueceu), notou que os colchões do Hospital estavam tomados por vermes. Ela ligou para uma fábrica e encomendou novos colchões, prometendo pagar à vista se fossem entregues em dois dias. Apesar da promessa, ela e o Hospital não possuíam recursos para pagar. Chamada ao gabinete da autoridade que administrava o Hospital, Dona Ety foi ameaçada de ser expulsa em consequência daquele ato. Neste mesmo momento, o Deputado Aníbal Khury¹⁸ telefonou, informando que havia conseguido os recursos necessários para a compra dos colchões, junto ao Departamento Estadual de Compras.

“É preciso contar de um amigo íntimo, que se tornou grande apoiador de nosso Hospital, logo depois que eu assumi a Associação. Conheci o Deputado Aníbal Khury, que nos ajudou sempre lá na Assembléia. Na primeira vez que nos encontramos, entrei tropeçando no tapete da Assembléia, quase caí... falei assim, atropelando as palavras: o senhor não me conhece e eu não conheço o senhor, mas olha, mas minhas crianças não têm comida... eu sou a dona Ety, do Hospital de Crianças. Percebi que ele me ouvia de coração aberto. E no dia seguinte chegaram os alimentos, não era só o básico, era muita coisa. Não faltou comida, e ele sempre esteve muito presente.”¹⁹

¹⁷ Idem 10, p. 70.

¹⁸ O Deputado Estadual Aníbal Khury elegeu-se pela primeira vez em 1954 e se reelegeu sucessivas vezes. Foi o responsável pelo lançamento da candidatura do Governador Paulo Pimentel em 1965 e foi Presidente da Assembléia Legislativa do Estado do Paraná por duas vezes, de 1989 a 1992, e de 1995 até 1999, ano de seu falecimento. Familiares do Deputado fazem parte da Associação de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro.

¹⁹ Idem 10, p. 73.

Em março de 1967, a Associação solicitou à Secretaria da Saúde a doação do terreno localizado nos fundos do Hospital César Pernetta para a construção de um hospital da Associação de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro. Dois meses depois, o Deputado Aníbal Khury conseguiu a aprovação da doação do terreno, que foi oficializada na gestão do Governador Paulo da Cruz Pimentel.

Com o empenho para arrecadar fundos para o novo Hospital, cujo projeto foi doado por Luiz Forte Netto e Joel Ramalho Júnior, a Associação acumulou muitas dívidas, precisando da ajuda de Luiz Forte Netto para intervir junto aos credores e conseguir uma moratória de 90 dias para por em ordem as contas da Associação. Em 15 de novembro de 1971, o prédio do Hospital Pequeno Príncipe²⁰ foi inaugurado e foi aumentando gradativamente o número de leitos disponíveis.

FIGURA 4 – FACHADA DO EDIFÍCIO PEQUENO PRÍNCIPE



Fonte: Acervo do Hospital Pequeno Príncipe.

²⁰ Este nome foi uma sugestão de Dona Ety, lembrando o personagem de Saint Exupéry, que recebe o ensinamento “Tu te tornas eternamente responsável por aqueles que cativas”.

Em fevereiro de 1972, a Associação teve problemas com a gestão do Hospital de Crianças César Pernetta, quando o Diretor da Fundação Hospitalar do Paraná pediu a retirada da Associação do Hospital. Apesar das tentativas, não houve um acordo, e a Associação limitou a sua atuação no antigo Hospital. O conflito entre as direções teria sido provocado pelas formas distintas com que cada Hospital gerenciava suas atividades. Enquanto o Hospital Estadual era gerido de acordo com as regras governamentais, altamente burocratizada, o Pequeno Príncipe possuiria uma gestão mais dinâmica, semelhante às empresas privadas. Novamente, para resolver o impasse, Dona Ety recorreu aos amigos influentes e bem situados no cenário político local. Desta vez, foi procurado o recém empossado Governador Emílio Gomes²¹:

“Fui lá como uma amiga no dia da posse. Chegamos ao Palácio, acabou a cerimônia, eu grudei no paletó do governador. Falei que precisava conversar com ele sobre o Hospital de Crianças, era urgente. Ele disse, suba comigo. Aí nós chegamos à sala, eu contei o que estava acontecendo, que tinham trancado o portão entre o Pequeno Príncipe e o César Pernetta. Ele perguntou: a senhora arranca o cadeado ou quer que eu mande alguém? Eu respondi: Não precisa o senhor me dá uma ordem para arrancar o cadeado, que é a coisa mais simples do mundo, pois minha vida, desde que eu entrei no Hospital, é só arrebentar cadeados. Ele pegou uma pilha de papel, entregou na minha mão e disse: Dona Ety, escreva aqui o que a senhora quer que eu endosso.”²²

Em fevereiro de 1974 um novo convênio foi firmado com a Secretaria de Saúde. A Associação ficou responsável pela manutenção e administração do Hospital César Pernetta, cabendo à Fundação Hospitalar do Paraná o fornecimento dos medicamentos, alimentação e roupas ao Hospital. Ficou acordado também que o Hospital Pequeno Príncipe, agora com a sua capacidade plena de atendimento, atenderia os previdenciários do Instituto Nacional de Assistência Médica da

²¹ Emílio Hoffman Gomes foi Governador do Estado do Paraná de 1973 a 1975, tendo sido eleito pela Assembléia Legislativa, em face da morte do Governador Pedro Viriato Parigot de Souza. Posteriormente foi nomeado Auditor do Tribunal de Contas do Paraná, onde se aposentou.

²² Idem 10, p. 66-67.

Previdência Social (INAMPS), enquanto o César Pernetta, administrado em conjunto com o Estado, atenderia as crianças que não tivessem cobertura previdenciária.

A partir do ano de 1979 aumentam as negociações com o Governo Estadual na busca de se conseguir que o Hospital César Pernetta fosse cedido à Associação em regime de comodato, o que foi feito em outubro do mesmo ano. Após uma gradativa fusão operacional dos dois hospitais, a doação definitiva do Hospital César Pernetta ocorreu no ano de 1990, quando a Assembléia Legislativa aprovou o projeto de lei do Deputado e Médico Pediatra Lauro Alcântara²³, tendo apoio do Deputado Aníbal Khouri e a doação foi sancionada pelo então Governador do Paraná, Álvaro Dias²⁴. Os dois hospitais passam a funcionar como um só, integrados física e burocraticamente.

O Hospital, com esta trajetória, teria se tornado referência em atendimentos de alta complexidade em cirurgias nas áreas de Cardiologia, Ortopedia, Oncologia e Neurologia, oferecendo ainda 32 especialidades médicas²⁵, além de fazer uso de programas de qualidade total para manter o alto padrão nos seus atendimentos.

Se, no início de sua história, o Hospital oferecia cursos de puericultura e outros cursos profissionalizantes, o vínculo com a educação especializada ficou mais forte com o passar dos tempos. Em 2003 foi criado o Instituto de Ensino Superior Pequeno Príncipe (IESPP), que através de vários cursos de graduação e pós-graduação, visa disseminar o conhecimento acumulado durante os anos de atuação do Hospital. O Hospital também mantém vínculos educacionais com outras faculdades particulares de Curitiba.

²³ O Dr. Lauro João Lobo Alcântara faz parte do corpo clínico do Hospital Pequeno Príncipe.

²⁴ Álvaro Fernandes Dias foi Governador do Estado do Paraná de 1987 a 1991. Também foi Deputado Federal por duas vezes e Senador em 1982. Torno-se novamente Senador em 1999. Álvaro Dias consta como um dos membros da Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro no ano de 2005.

²⁵ São elas: Anestesiologia, Cirurgia de cabeça e pescoço, Cirurgia cardiovascular, Cirurgia pediátrica: Geral, Neonatal, Oncológica, Urológica, Torácica, Cirurgia plástica, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria: Adolescência, Alergia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Genética, Ginecologia, Hematologia, Oncologia, Infectologia, Neonatologia, Pediatria Geral, Pneumologia, Reumatologia, Suporte Nutricional e Terapia Intensiva.

Outro ponto que chama atenção no Hospital é a concepção de “humanização no atendimento”, um conceito que se solidificou na década de 80 com a implementação de serviços de Psicologia no Hospital. A partir desta concepção, pretendeu-se considerar o paciente de “forma integral”, enfatizando as “dimensões psicológica, social e espiritual”, além da biológica. Há outros programas que ampliam a forma adotada pelo Hospital para tratar uma criança doente.

O **Programa Família Participante** nasceu da compreensão da importância de se manter o vínculo afetivo entre os pacientes e seus familiares. A presença constante de familiares fez com que o tempo de atendimento passasse de 12 dias, em 1990, para um pouco menos de 5 dias, diminuindo consideravelmente os custos dos tratamentos médicos. Já o **Programa Família Feliz** procura envolver toda a família do paciente, com atividades de lazer realizadas dentro do Hospital nos finais de semana. O **Família Ativa** procura trazer orientações aos familiares sobre os cuidados de saúde à criança, envolvendo procedimentos terapêuticos e prepará-los para a continuidade dos tratamentos em casa. A **Casa de Apoio** hospeda as crianças e os responsáveis vindos de outras cidades, permitindo, desse modo, a continuidade do tratamento. Como as carências da população brasileira das camadas mais baixas são inúmeras, o Hospital também conta com um **Departamento de Serviço Social**, que procura viabilizar a realização e continuidade do tratamento, apoiando as famílias, providenciando traslado, alimentação, hospedagem e o que mais for fundamentalmente necessário.

O Hospital ainda conta com um **Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)**, responsável por receber as reclamações e elogios dos pais dos pacientes, referentes aos serviços prestados pelo Hospital e quando necessário, buscar soluções para os problemas apresentados.

O Pequeno Príncipe mantém outros programas, como o Programa de Atenção ao Paciente Terminal Crônico, o Aleitamento Materno, a Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos. Os programas, **Criança Abraça Criança** e **Jovem Abraça Crianças**, buscariam viabilizar a ação voluntária infanto-juvenil no Hospital, estimulando a consciência social da comunidade, sendo dirigidos às crianças e adolescentes. Também mantém outros programas direcionados aos funcionários, promovendo a sua constante

capacitação e bem-estar, além, é claro, do Programa de Voluntariado, que realiza atividades de recreação com as crianças.

No ano de 2004, foram prestados 181.690 atendimentos ambulatoriais, 22.151 internamentos, 13.113 cirurgias, 48 transplantes (de rim, fígado e cardíaco), 8.602 sessões de hemodiálise, mais de 470.000 exames e diagnósticos, 11.716 tratamentos ambulatoriais de quimioterapia. Além destes atendimentos, o Hospital tem capacidade para realizar mais de cinquenta cirurgias cardíacas por mês e neste mesmo ano, foi feito o primeiro transplante de coração pediátrico do Paraná²⁶. O atendimento não se restringe às crianças que moram na cidade de Curitiba. Entre as crianças atendidas, 54,05% eram de Curitiba, porém 41,11% eram do interior do Estado do Paraná e 4,83% eram provenientes de outros estados.

Mesmo com as dificuldades financeiras que afetam todos os hospitais que atendem populações mais carentes, o Pequeno Príncipe poderia ser visto como “um caso de sucesso” na assistência médica. A possibilidade de ser um hospital de “atendimento público de excelência” talvez esteja na forma como é feita a organização das suas finanças. Diferente de Santas Casas, que atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Pequeno Príncipe atende um pouco menos de 70%²⁷. O restante dos atendimentos é feito através de convênios com planos de saúde e atendimentos particulares.

O Hospital também realiza parcerias com o Estado, em todos os seus níveis e com empresas privadas. Desta maneira consegue cobrir os gastos, pois o SUS repassa apenas 50% dos recursos necessários. Assim, no mesmo ano de 2004 ofereceu 324 leitos, sendo 44 de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). No mesmo ano, a composição da receita do Pequeno Príncipe foi: 54,8% dos oriundos do SUS, 33,6% de

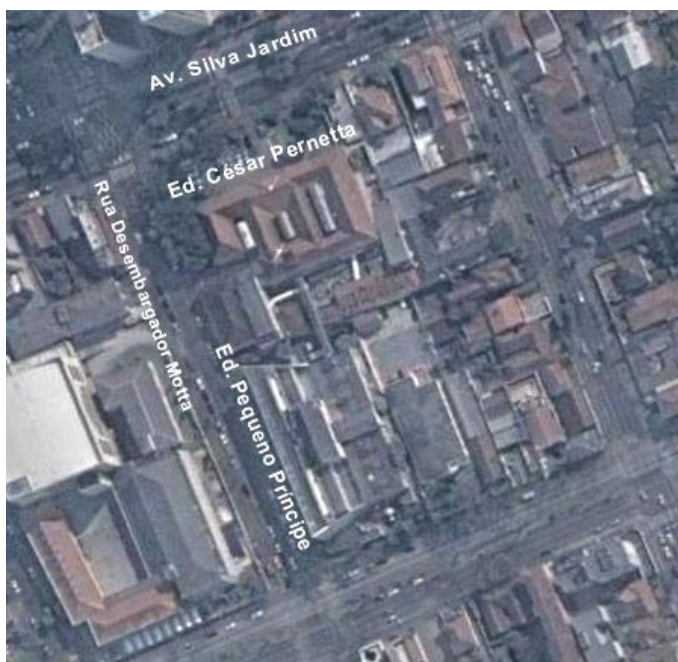
²⁶ De 1999 a 2004, o Hospital conseguiu reduzir o tempo médio de internamento de 5,24 dias para 4,48 dias, uma redução de 5,8%. Neste mesmo período, a redução na taxa de mortalidade foi de 12%.

²⁷ As Santas Casas, atendendo 60% com recursos vindos do SUS, possuem isenção total de impostos, como contribuição patronal para a Previdência. Atendendo até 70%, o Pequeno Príncipe, por ser um hospital particular sem fins lucrativos, paga uma série de impostos, porém com uma redução proporcional ao número de leitos disponibilizados ao SUS. Seria trabalhando dentro destes limites que o Hospital procurou controlar as suas receitas e reduzir custos com o Fisco.

convênios, 2,95% de particulares, 1% de doações, 1,12% de educação e 6,45% de outras formas. Porém o SUS faz uso de 75,81% dos leitos do Hospital.

Atualmente o Pequeno Príncipe é formado por dois prédios: o primeiro é o antigo Hospital de Crianças César Pernetta, cuja fachada está voltada para a Avenida Silva Jardim, uma importante via da cidade de Curitiba. O segundo, mais recente, é o Pequeno Príncipe com sua entrada pela Rua Desembargador Motta, transversal à Avenida Silva Jardim. O César Pernetta, como é chamado pelos funcionários do Hospital, possui dois pavimentos, sendo o térreo destinado à recepção de pacientes que vieram para internação, consultas e emergências, apesar do Hospital não possuir um Pronto-Socorro pediátrico. Internamente, no pátio menor, à esquerda da entrada do prédio, ficam as salas de consultas e também de outros serviços que o Hospital disponibiliza como o Serviço de Assistência Social.

FIGURA 5 – LOCALIZAÇÃO DO HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

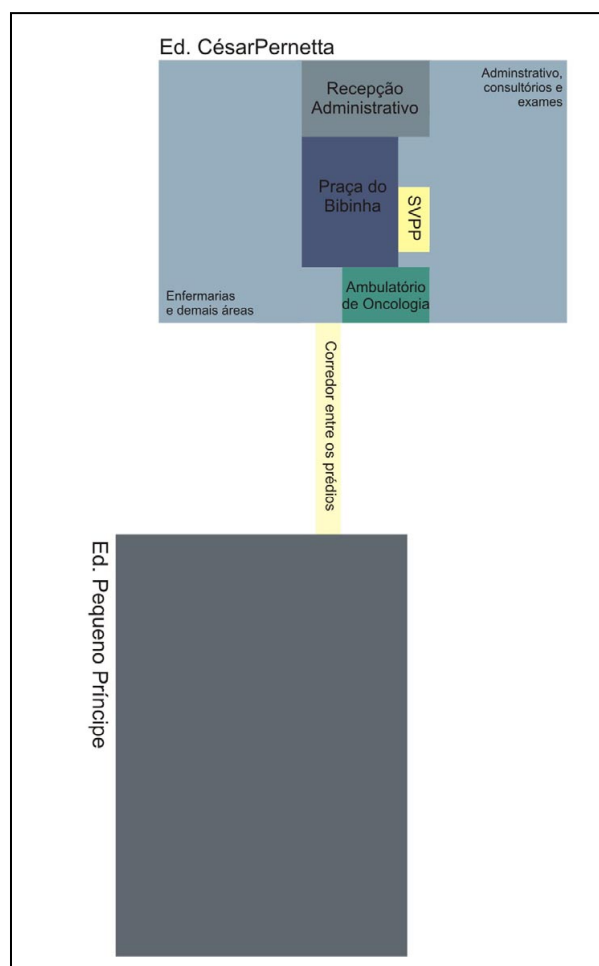


Fonte: Google (2006).

O pátio interno maior, que fica em frente à entrada, é conhecido como Praça do Bibinha, onde são realizados shows, peças teatrais e atividades diversas para as crianças. Este nome foi dado em homenagem a Aníbal Khury Neto, (neto do Deputado

Aníbal Khury), cujo apelido era “Bibinha” e que faleceu em um acidente de trânsito. Na Praça encontra-se à esquerda a sala do Serviço de Voluntariado do Pequeno Príncipe (SVPP) e também a sala das professoras que realizam o acompanhamento escolar das crianças internadas. Ao fundo da Praça do Bibinha fica o Ambulatório de Oncologia, cuja estrutura fora financiada pela fundação de um banco estatal, que atendem crianças que estão passando por tratamento de câncer, mas não precisam ficar hospitalizadas.

FIGURA 6 – MAPA INTERNO DO HOPITAL PEQUENO PRÍNCIPE



Fonte: Autor.

O segundo andar se divide em dois lados. De um lado estão os setores administrativos do Hospital, enquanto do outro lado encontra-se a enfermaria de neurologia e a de doenças infecto-contagiosas²⁸, além de um auditório onde são ministradas palestras, aulas e missas. Deste mesmo lado, em frente à Praça do Bibinha, encontra o Serviço da Família Participante e logo em frente, após passar uma portaria de controle, ao final de um longo corredor à direita, encontrasse a enfermaria cardíaca²⁹. Se seguirmos em frente, após a portaria de controle, encontraremos um longo corredor de concreto, todo colorido e enfeitado, com janelas em forma de bolhas e que dá acesso ao segundo andar do prédio Pequeno Príncipe.

O edifício Pequeno Príncipe, com cinco pavimentos, tem no primeiro andar, quase um subterrâneo, o setor de atendimento, salas de consultas e exames pagos através de planos de saúde ou particulares, além do refeitório. O segundo andar possui alguns quartos particulares ou duplos com poucas crianças. Neste andar também estão as enfermarias de neurocirurgia, nefrologia, clínica médica e clínica de bebês, atendidas através do SUS. No terceiro andar estão as enfermarias cirúrgica, ortopédica e de hematologia, atendidas através do SUS. No quarto andar há uma pequena capela para orações e lá também se encontram os quartos particulares. No quinto andar encontram-se quartos particulares e a brinquedoteca, um espaço para todas as crianças do Hospital.

²⁸ As alas do Hospital são divididas de acordo com as especialidades médicas, podendo assim otimizar os recursos específicos de cada especialidade e de pessoal técnico.

²⁹ A descrição é feita com base nas áreas que um voluntário tem acesso frequentemente. Há diversas outras áreas, como algumas UTI's pós-operatórias, as áreas onde são realizadas as cirurgias, copas e cozinhas e outras áreas de acesso exclusivo aos funcionários encarregados.

FIGURA 7 – BRINQUEDOTECA



Fonte: Acervo Hospital Pequeno Príncipe

O Hospital é dividido em duas diretorias. Uma é a administrativa, responsável pelas finanças, pessoal, logística e arrecadação de recursos para o Hospital. As pessoas que trabalham nesta diretoria raramente transitam pelo Hospital. A segunda diretoria é a médica, responsável pelo controle dos procedimentos médicos e pelos atendimentos, coordenação do corpo clínico, que é formado pelas enfermeiras, auxiliares de enfermagem, médicos e residentes. Ambas as diretorias precisam funcionar em cooperação mútua, mas trabalham de forma independente. O SVPP é funcionalmente subordinado ao Departamento de Marketing do Hospital. Quando os voluntários não estão com as crianças, estão auxiliando o Departamento de Marketing em atividades ligadas, de alguma forma, à imagem do Hospital.

Os integrantes do Hospital classificam-se em 6 categorias distintas. A primeira é formada pelos funcionários administrativos, cuja relação com os pacientes é extremamente limitada. Os funcionários administrativos que têm contato com o público que frequenta o Hospital usam uniformes verdes.

São os recepcionistas ou funcionários que, por alguma razão, tinham uma relação com os circulantes do Hospital, como os funcionários do SVPP, que tanto

atendem aos voluntários, como também aos pais, os quais buscam alguma informação ou distração para seus filhos, pessoas que querem cobrar os produtos sociais do Hospital e que desejam fazer alguma doação. Estagiários não usam uniformes, mas usam crachás de identificação, que também possuem variações de cor. Os funcionários do Hospital não possuem contatos com os voluntários, com exceção daqueles que trabalham no SVPP ou, muito esporadicamente, funcionários do Departamento de Marketing do Hospital (que não utilizam uniformes). Com relação às enfermeiras e aos médicos, não pude constatar qualquer relação entre eles e os funcionários administrativos.

A segunda categoria é composta pelas enfermeiras e auxiliares de enfermagem do Hospital³⁰. Vestidas de branco, estas profissionais estão em contato direto com as crianças hospitalizadas, mais até que os voluntários, com os quais mantêm uma relação de boa convivência e respeitabilidade mútua. As auxiliares de enfermagem sempre se apresentaram solícitas com os voluntários, até porque o trabalho dos voluntários ajuda o delas, pois permite que elas não necessitem dar atenção especial para uma ou outra criança, podendo se dedicar a todos os internados e realizar as demais obrigações.

Já as enfermeiras apresentaram-se respeitosas com os voluntários, mas sempre muito mais preocupadas em saber se havia algo que os voluntários traziam que pudesse fazer mal as crianças, como alimentos ou produtos que podem causar alergias das mais diversas, sempre atentas às ordens deixadas pelos médicos. É a elas e às auxiliares de enfermagem que os voluntários pedem autorização para dar às crianças alguma coisa diferente ou pedem autorização para retirar a criança do quarto para alguma atividade.

A terceira categoria é formada pelos pais e acompanhantes, os clientes do Hospital. Estes se dividem entre aqueles que pagam pelo serviço e os que não pagam. Os que pagam pelo serviço transitam sem uma distinção clara. Os que não pagam pelo serviço, ou seja, tendo os filhos atendidos pelo SUS, estão geralmente vestidos com um guarda-pó azul, quando fazem parte do **Programa Família Participante** e trazem

³⁰ Durante o tempo que estivesse no Hospital, conheci apenas um homem que era auxiliar de enfermagem.

expressões de cansados em seus rostos. Os pais do **Família Participante** têm a sua disposição apenas uma cadeira plástica, ou se tiverem sorte, uma poltrona reclinável ao lado do leito para acompanharem os seus filhos durante a internação.

FIGURA 8 – PAI QUE ADERIU AO PROGRAMA FAMÍLIA PARTICIPANTE E SEU FILHO



Fonte: Joseane Zachi Daher – acervo do Hospital Pequeno Príncipe.

Quando não estão nos quartos com as crianças, estão transitando pelo Hospital, em busca de alimento para si ou algum em específico para agradar a criança, ou ainda, no pátio em frente ao prédio César Pernetta. Sua relação é mais intensa com as enfermeiras, a quem buscam para tirar dúvidas sobre o tratamento do filho ou quando querem a atenção de um médico.

Com os voluntários, os pais sempre demonstraram estarem felizes com a sua presença, por causa da atenção dedicada aos seus filhos. Algumas vezes a chegada dos voluntários possibilita aos pais fazerem coisas simples, como almoçar ou mesmo ir ao banheiro, enquanto os voluntários estão com as crianças.

Com as crianças, os pais e acompanhantes sempre se demonstraram zelosos, poucas vezes vi um pai ou mãe perder a paciência com seus filhos, mas vi serem dadas

algumas palmadas, muito discretas, pois o Hospital possui uma Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos em Crianças e, quando constatado alguma agressão, um psicólogo é chamado para conversar com os pais.

Algumas vezes tive a impressão de que eles sofriam com a internação mais do que as próprias crianças. A relação entre os acompanhantes e os voluntários torna-se quase tão próxima quanto é entre as crianças e os voluntários, que são a quarta categoria e com quem a pesquisa foi realizada.

Os voluntários, sempre com os seus aventais amarelos, andam por quase todo o Hospital, com todo tipo de distração e entretenimento para as crianças e, às vezes, distrações também para os pais e acompanhantes. Por causa do seu contato intenso e festivo com as crianças, normalmente os voluntários são procurados pelos pais para pedir algo para suas crianças, sejam roupas, alimentos ou mesmo assuntos ligados às procedimentos médicos. Geralmente estes pedidos poderiam ser feitos às próprias enfermeiras e auxiliares de enfermagem, mas os pais demonstram ter mais confiança e/ou menos timidez com os voluntários.

A quinta categoria, com a qual tive menos contato e com quem não tive acesso para a pesquisa, é formada pelos médicos, médicas e residentes. Vestidos de aventais brancos, sempre em contatos muito breves com os pacientes e familiares, são vistos e tratados como estando no topo da hierarquia institucional. Nas enfermarias e quartos, a última palavra é a deles. Quando chegam aos quartos, todos – pais, enfermeiras e voluntários – abrem caminho até a criança, literalmente. Seu trabalho tem prioridade sobre todos os outros.

De maneira geral, suas palavras são dirigidas às enfermeiras e aos pais, raramente às crianças. Nos atendimentos que pude presenciar, as médicas demonstraram-se mais atenciosas com as crianças do que os médicos, dirigindo a elas palavras de carinho, abraços e beijos. Já os médicos, apenas dão ordens para facilitar os exames, mesmo que de maneira simpática e alegre. Raras foram às vezes que os médicos, tanto homem como mulher, se dirigiram aos voluntários, no máximo um breve cumprimento ou um sorriso.

A sexta e última categoria, é formada pelas crianças que freqüentam o Hospital como pacientes e é em torno delas que giram as relações entre todas as outras categorias, bem como a razão de existência do Hospital e atenção em todas as suas ações.

Circulam com todas as cores, normalmente usam seus próprios pijamas e roupas mais leves. Apenas quando a criança é de origem muito humilde e não possui muitas roupas, principalmente para o inverno, usa pijamas do Hospital, que traz seu nome e logomarca e que, ao final da internação, são devolvidos. Dada a autoridade médica, as responsabilidades do Hospital com relação às crianças podem ir além da dos pais, como a já citada Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos em Crianças³¹.

Neste sentido fica claro que há dois tipos de relação que o Hospital tem com as crianças. A primeira é que há uma distinção entre o “cuidar” e o “curar”. O Pequeno Príncipe, desde a década de 30, mantêm um acordo com as irmãs do Sagrado Coração de Jesus (hoje as Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus), que vestidas com hábitos brancos quando enfermeiras e pretos quando trabalhando em outras áreas, como lavanderia ou administrativa, têm como principal tarefa “cuidar” do Hospital, assumindo posições de liderança em diversas áreas de apoio, como a Enfermagem e Lavanderia. Assim como na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, com a Congregação de São José de Moutiers³². Segundo Pizani, *tanto na Igreja quanto na sociedade, procurou-se legitimar um poder masculino e hierárquico, cabendo a mulher o trabalho de cuidadora subserviente*³³.

Parece que é isto que Dona Ety e as irmãs do Sagrado Coração de Jesus faziam no Hospital: cuidavam das crianças e do Hospital. Observando os relatos sobre a história do Pequeno Príncipe, pude constatar que o “cuidar” fora reservado às

³¹ Esta preocupação do Hospital é, também, pela Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que é o Estatuto da Criança e Adolescente, em principal ao artigo 13, que obriga aos estabelecimentos de saúde informar o Conselho Tutelar sobre maus tratos às crianças. O lugar das crianças no Hospital é institucional que regula a sua circulação e as responsabilidades sobre elas.

³² PIZANI, Maria Angélica Pinto Nunes. **O cuidar na atuação das Irmãs de São José de Moutiers na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (1986-1937)**. Tese (Doutorado em História), Programa de Pós-Grauação em História, UFPR: 2005.

³³ Idem 10, p. 16.

mulheres, enquanto que aos médicos, homens na maioria dos relatos históricos, fora reservado o “curar”.

O fato de o Hospital possuir duas direções, uma administrativa e outra clínica, marca a distinção entre o “cuidar” e o “curar”, onde aqueles que cuidam estariam hierarquicamente abaixo daqueles que “curam”, com a medicina legitimando o Hospital como um espaço do seu poder. Aos médicos está reservado o saber simbólico de um conhecimento que operaria um sistema de poder³⁴.

Atualmente, aqueles que “curam” e aqueles que “cuidam” podem ser tanto homens como mulheres nos dois campos, mas a distinção marcada pelo poder simbólico parece permanecer. Pais, enfermeiras, voluntários e corpo administrativo “cuidam”, enquanto os médicos “curam”.

Os voluntários não estão à parte da estrutura funcional do Hospital. Não são funcionários, mas não deixam de estar ordenados hierarquicamente, pois se o SVPP é subordinado ao Departamento de Marketing, colocam os voluntários dentro de uma ordem hierárquica. Os voluntários não têm voz de comando dentro do Hospital, suas colocações sobre os mais diferentes assuntos são respeitadas, mas não são obedecidas. Outro aspecto é o fato de possuírem livre acesso às várias áreas do Hospital, incluindo até algumas UTI's. Possuem um tratamento diferenciado na entrada e saída do Hospital, em comparação aos funcionários, pacientes e pais de pacientes, bem como a sua relação com as crianças é diferente.

Demonstrando ter preocupação com as crianças, os voluntários não possuem respaldo institucional para qualquer intervenção. A responsabilidade está com os pais dos pacientes e com o corpo clínico, sendo este último podendo estar acima até mesmo da dos pais. Assim, as relações de trocas dos voluntários com as crianças ficam diferenciadas, mas não fora da estrutura do Hospital. Os pacientes e seus familiares são os “clientes” desta Instituição e, como tal, procura satisfazê-los.

A preocupação com a satisfação dos “clientes” fica visível quando observamos que o Hospital possui um Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC), responsável

³⁴ BOURDIEU, Pierre. **Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002, p. 12.

por receber as reclamações, sugestões e elogios sobre e para qualquer parte do Hospital ou funcionário, incluindo os voluntários. Ao final de cada mês, num quadro de avisos no SVPP, viam-se fichas do SAC, preenchidas pelos “clientes” agradecendo pelos serviços prestados pelos voluntários³⁵. Porém, os médicos continuam com a palavra final.

2.3 O HOSPITAL, A CASA E A RUA

A “trajetória de sucesso” do Hospital Pequeno Príncipe esteve sempre baseada em relações pessoais, principalmente aquelas relações que a Presidenta da Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro, Dona Ety, teve com pessoas, personalidades ou políticos. Na conquista de benefícios para o Hospital, não podemos desconsiderar os prováveis retornos eleitorais que a ajuda destes políticos puderam gerar.

Sem desmerecer qualquer ação, ao contrário, o Hospital Pequeno Príncipe parece ter o seu sucesso, até então, pautado em relações que envolvem ou articulam o público e o privado. As relações de amizade, que prevêm intensas relações de trocas, no meio privado e a posição de tais pessoas no âmbito público, permitiram ao Hospital se constituir na instituição respeitável da atualidade, motivando pessoas como Pelé, a fazerem parte de um grande projeto com o Pequeno Príncipe. Sem esquecer que o próprio relacionamento do ex-jogador com o Pequeno Príncipe foi decorrente de uma relação de amizade.

Assim, ao analisarmos a história do Hospital, podemos encontrar a existência de duas esferas da sociedade que se integram e complementam de forma complexa. Na origem do Hospital, vimos donas de casa da alta sociedade curitibana unidas em prol de um objetivo comum que foi alcançado através do uso das ferramentas que estavam

³⁵ Ao procurar o SAC do Hospital, para saber o que poderia ser revelado sobre a relação entre os voluntários e os pais das crianças, soube que houve desde que o SAC fora instituído, uma única reclamação sobre uma voluntária. O Hospital analisou a reclamação como improcedente.

acostumadas a utilizar: suas redes de relações sociais. As redes de relações sociais é o principal recurso usado no caso do Pequeno Príncipe, em especial no período de maior crescimento do Hospital, a partir da década de 60. Através das redes de relações pessoais, o mundo da *casa*³⁶ e a sua estruturação estão presentes na forma de trabalho dos mantenedores do Pequeno Príncipe desde a sua origem. Nesse sentido, são vários os exemplos das categorias desenvolvidas por DaMatta que encontramos em nossa pesquisa.

Podemos encontrar nas declarações de Dona Ety evidências que confirmam a lógica do mundo da *casa* na forma como as relações sociais se desenvolviam com relação ao Hospital:

“Quando o Hospital era pequeno eu sabia o nome de todas as crianças, de todas as enfermeiras, quem ficava em todos os postos, de todas as irmãs, que turno que trocava por quem, que criança que ia embora e que chegava. Era a parte que eu gostava, do contato direto com as crianças. Eu trazia minhas filhas comigo, elas passavam o dia comigo, até a época de escola. A caçula tomava o leite aqui, o mesmo das crianças internadas.”³⁷

Para Dona Ety, o Hospital é percebido como uma extensão de sua própria casa onde as relações são baseadas nas pessoas. As posições e o comportamento que Dona Ety apresenta em seus relatos demonstram a existência de uma esfera social repleta de códigos sociais existentes do mundo da *casa*.

Após ver a situação em que o Hospital de Crianças se encontrava, Dona Ety comprou várias vassouras e produtos de limpeza. Com a ajuda das irmãs do Sagrado Coração de Jesus³⁸ limparam o Hospital, pintaram berços, fizeram roupas de cama e cobertores. Podemos considerar este gesto como os cuidados de uma nova casa, neste caso, o Hospital. Ou seja, Dona Ety estabelece no Hospital relações muito mais

³⁶ DAMATTA, Roberto, **A Casa e a rua: espaço cidadania, mulher e morte no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

³⁷ CARNEIRO, J. & SATO, C. **Um Hospital de Crianças**. Curitiba: JASC, 2005, p. 76.

³⁸ Atualmente se chamam Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus e sua presença no Hospital vem desde a década de 30.

pessoais, porém a sua própria posição no Hospital, como presidenta de uma Associação, que legitima sua posição, estão dentro das formas *da rua*.

Quando Dona Ety diz: “*Falei assim, atropelando as palavras: o senhor não me conhece e eu não conheço o senhor, mas olha, minhas crianças não têm comida... Eu sou a Dona Ety, do Hospital de Crianças.*”³⁹ (grifo meu); ou então, no momento em que a Associação entra em conflito com o gestor estadual do César Pernetta: “*Fui lá como uma amiga no dia da posse. Chegamos ao Palácio, acabou a cerimônia, eu grudei no paletó do Governador. Falei que precisava conversar com ele sobre o Hospital de Crianças, era urgente. [...] Ele pegou uma pilha de papel, entregou na minha mão e disse: Dona Ety, escreva aqui o que a senhora quer que eu endosso*”⁴⁰ (grifo meu); por mais que possa parecer que Dona Ety toma o Hospital como sua casa (e talvez tenha feito mesmo), sua narrativa sobre o seu encontro com o Governador demonstra o Hospital tomado tanto pela lógica que organiza o mundo da *casa* como a do mundo da *rua*. A relação com o Estado, que pode ser vista como fundamentada em regras da impessoalidade e regida pelas leis e burocracia, foi assim “alterada e deslocada” para o mundo das relações pessoais de Dona Ety. Mas só foi porque há um pouco do mundo da *casa* no mundo da *rua*. Como também há um pouco do mundo da *rua* no mundo da *casa*. Laços de lealdade e amizade estabelecidos com pessoas socialmente influentes possibilitaram que a lógica do mundo da *casa* organizasse as relações do Hospital para o mundo da *rua*. A rede de relações pessoais é ativada sempre que necessário para resolver problemas que a burocracia tomaria como impessoais, e como tal, dentro de regras que só puderam ser contornadas, através da lógica da *casa*, mas legitimadas pelo mundo da *rua*.

DaMatta já havia nos alertado:

³⁹ Idem 10, p. 73.

⁴⁰ Idem, 10 p. 66-67

“Não posso transformar a casa na rua e nem a rua na casa impunemente. Há regras para isso. Normas rituais importantes que permitem essa relação realizam também uma esperada síntese de todo o sistema.”⁴¹

Aparentemente Dona Ety soube operar bem estas regras, permitindo com que ela levasse todos os conceitos do mundo da *casa* para o mundo da *rua*, em um espaço, assim como a *rua*, marcado por contradições e que permite tais contradições. Talvez isto seja possível porque estas relações realizadas por Dona Ety sejam mais do que fundamentadas na base da organização social brasileira, ou seja, de uma sociedade relacional.

Ao apresentar-se ligada ao Hospital, Dona Ety revela sua rede de contatos e de influência para os políticos a quem busca ajuda que, por sua vez, identificam não apenas o mérito da questão, mas também a possibilidade de visibilidade necessária para perpetuar a atuação como políticos. Aparentemente podemos dizer que as regras citadas por DaMatta, para a transição entre a *casa* e a *rua*, são ordenadas pela lógica das dádivas, neste caso.

Quando Mauss nos apresentou o seu *Ensaio sobre a Dádiva*⁴², conceituou a dádiva como o ato de dar uma coisa, receber a coisa dada e retribuir. A partir da apresentação de um regime específico de circulação de bens em sociedades não-capitalistas, Mauss acredita ter encontrado um princípio mais geral da vida social, que pode estar presente em todas as sociedades, sejam não-capitalistas ou capitalistas. A dádiva produziria alianças entre as partes, um contrato, por assim dizer. Estas alianças poderiam ser matrimoniais, políticas, religiosas, econômicas, jurídicas e diplomáticas. A dádiva não incluiria apenas presentes, mas também as visitas, festas, esmolas, heranças e muitas outras formas de prestações. Estas prestações poderiam ser totais ou agonísticas. Até mesmo os tributos poderiam ser vistos como uma forma de dádiva. De fato, sua formulação teórica tem boa aceitação nas mais antagônicas linhas de pensamento antropológico, gerando interpretações absolutamente diferentes.

⁴¹ DAMATTA, 1985:46.

⁴² MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia v.II**. São Paulo: Edusp, 1974.

Mas o mundo da *casa* não existe sem o mundo da *rua*. Eles têm sua distinção aqui explorada apenas para auxiliar na análise dos fatos expostos. A sociedade brasileira, segundo DaMatta, costuma englobar a *rua* na *casa*, mas nem por isto o mapeamento das relações sociais deixa de ocorrer como meio de formação de hierarquia. Dona Ety teria “englobado” o Estado através das suas relações pessoais, contudo isto só poderia ser possível por que há algo da *casa* no Estado. Como também houve relações contratuais no Hospital, com a Dona Ety. Nos exemplos aqui citados, vê-se que os favores pessoais não foram deixados de lado na ordenação do mundo da *rua*.

No começo da década de 70, quando a Associação de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro encontrou-se com enormes dívidas, o mundo da *casa* e da *rua* se complementou quando uma Associação controlada majoritariamente por mulheres, busca a ajuda de Luiz Forte Neto, esposo de Dona Ety, para organizar as finanças e renegociar as dívidas. Neste momento, a lógica da *casa* não sustentou mais as necessidades da Associação. Foi necessário estabelecer acordo demarcado pela lei para que a dívida fosse negociada, dentro da lógica da *rua*. Foi preciso que alguém que estava na *rua* (o arquiteto Luiz Forte Neto), viesse em socorro da Associação, pois as regras já eram outras e sob estas regras, Dona Ety não tinha como agir sem o apoio do marido, fazendo com que dois pólos se complementassem.

Quando o *mundo da casa* passou os limites das relações pessoais e perdeu-se no mundo da *rua* e houve complementação, foi onde a *rua* ficou em maior evidência. Talvez haja um limite para a forma como a estrutura da *casa* possa ter no mercado, ou então, que a sua absorção pelo mercado, em algum momento, seja inevitável, como foi para o Pequeno Príncipe. De certa forma, é possível identificar aqui um segundo momento do “curar” e do “cuidar”. Enquanto o “curar”, mais masculino e impessoal, é também mais Estado e menos mercado, enquanto no mundo da casa, o reino feminino por assim dizer, existem também preocupações mercadológicas do hospital. E no espaço do “cuidar” que estão e se formam raízes as ações de voluntariado, programa de qualidade total e o serviço de atendimento ao consumidor.

Ao analisarmos a história do Pequeno Príncipe, podemos encontrar outro elemento que está muito presente na sociedade brasileira e que também foi descrito por DaMatta. Faço menção ao “*Você sabe com quem está falando?*”⁴³. Um mecanismo utilizado como último recurso para resolução de conflitos e disputas, procurando nas redes de relacionamentos ligações que possam possibilitar burlar situações que estejam dominadas pela lei ou burocracia, mas deseja-se superá-las de maneira rápida e eficaz. Dona Ety não nega o uso de meios que ultrapassavam os meios legais usuais:

[...] Eu tinha sido convidada para arrecadar fundos, fazer festas, para fazer eventos, mas não era aquilo que eu queria fazer. Eu queria fazer algo para mudar o Hospital de verdade. Acho que não tinha passado pela cabeça de ninguém que nós íamos fazer uma revolução. Eu mexia com o que era de responsabilidade da Associação e do que não era também. [...] Hoje pode ser difícil de entender, mas na época a gente precisou conquistar tudo. Esse tudo era mesmo, porque não tinha comida, não tinha roupa, não tinha medicamento. Numa ocasião a comida dava somente para mais um dia – mas sempre conseguimos dar um jeito, com esforço e ajuda de amigos.”⁴⁴

Quando Dona Ety procurou o Deputado Estadual Aníbal Khury pela primeira vez, ao se identificar, traz para si toda uma rede de sociabilidades: “*Sou a Dona Ety, do Hospital de Crianças*”. Demonstra ao Deputado, assim, que pertencia a uma influente rede de relações sociais, composta de membros da elite curitibana (membros da associação mantenedora e médicos), além de um significativo número de possíveis eleitores (pais dos pacientes) que não deixavam de ter a sua importância.

O momento mais marcante que o “*Você sabe com quem está falando?*” fora utilizado por Dona Ety, ocorreu no ano de 1972, quando o Diretor da Fundação Hospitalar do Paraná daquela época, que administrava o Hospital César Pernetta, solicitou que a Associação se retirasse do Hospital e ordenou que o portão que ligava os dois prédios fosse fechado com cadeados.

⁴³ DAMATTA, Roberto **Carnavais, Malandros e Heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

⁴⁴ CARNEIRO, J. & SATO, C. **Um Hospital de Crianças**. Curitiba: JASC, 2005, p. 71.

Nesse sentido, o *mundo da rua* “invade” o *mundo da casa* de Dona Ety, com base na burocracia e lei. A contradição entre estes dois mundos se estabelece de uma forma que podemos dizer que é, inclusive, agressiva. Como DaMatta disse:

“De fato, na rua pode-se admitir contradições que são próprias deste espaço. Mas na casa as contradições devem ser banidas, sob pena de causarem um intolerável mal-estar.”⁴⁵

Dona Ety, não vendo outra saída para este conflito, faz uso mais drástico de sua rede de relações sociais. Ao contatar o próprio Governador Emílio Gomes, um amigo íntimo, ela apresenta ao Diretor da Fundação Hospitalar “com que ele estava falando”. Tanto que depois de dois anos, em 1974, um acordo oficial é firmado com a Secretária de Saúde, tornando a Associação encarregada pela manutenção e administração do Hospital César Pernetta. Prédio que foi, anos mais tarde, doado pelo Estado a Associação de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro. O “*Você sabe com quem está falando?*” é ativado através das relações dadivosas estabelecidas por Dona Ety.

Porém, quando Pelé fecha o acordo com o Pequeno Príncipe, percebe-se uma transformação do “*Você sabe com quem está falando?*”. Após uma rede de relacionamentos pessoais ter sido usada para contatar Pelé, a relação entre o jogador e o Hospital se transforma. Torna-se burocrática e regida por contratos. Se no episódio anterior era um conflito entre o *mundo da casa* e o *mundo da rua*, com Pelé parece mais uma “sala de visitas” da *casa*. Relações pessoais permitiram a aproximação entre Pelé e o Hospital, mas no devido momento, a impessoalidade do contrato se faz presente, necessário e irrevogável.

Não se trata mais de uma relação entre amigos, torna-se um negócio que permitiu ao Pequeno Príncipe mostrar ao mundo uma forte rede de relacionamento, carregada de práticas simbólicas, porém obedecendo as formas individualistas

⁴⁵ DAMATTA, 1985: 47.

adotadas pelo mercado capitalista. É feito até uma coletiva de imprensa para divulgar o acordo.

O Hospital, aqui, não procurou resolver um conflito, mas gerar contratos e captar recursos, inclusive, internacionais. Transforma uma rede social em algo que possa ser administrado e utilizado pelo mercado como um “produto”. Transforma o “*Você sabe como que está falando?*” em algo como “*Veja com que você está falando? Por que não se junta a nós?*”. Nos últimos anos parece haver uma “inversão hierárquica” ou melhor, “preeminência” entre a *rua* e a *casa*, onde as relações, no caso do Pequeno Príncipe, mesmo que baseadas em relações pessoais, acabam por ser formatadas de uma maneira em que o mundo da *rua* possa aceitar quase que um “capitalismo à brasileira”. Abrem-se as *portas da casa* para a *rua*. A marca “Pelé”, que estaria no mundo individualista da *rua*, tem a sua articulação com o Hospital possibilitada através da pessoa Edson Arantes do Nascimento, que está no mundo da *casa*. Não é “Pelé” quem é amigo íntimo de um dos médicos ligados ao novo Instituto, é Edson Arantes do Nascimento⁴⁶. No caso do Pelé, podemos ver a complementação entre a *casa* e a *rua*, onde a dádiva se faz possível dentro de uma sociedade relacional e regularia tais relações. O que vemos com Pelé é a reprodução de algo que vem sendo praticado pelo Pequeno Príncipe, provavelmente, desde a sua gênese na década de 20.

⁴⁶ Por isto não é de impressionar a necessidade que Edson Arantes do Nascimento sinta a necessidade constante de diferenciar ele, pessoal, do indivíduo e marca Pelé, apesar de ser um fato bastante ironizado pela mídia durante toda a sua carreira profissional.

3 “VOLUNTÁRIOS DE CORAÇÃO”

3.1 O TRABALHO VOLUNTÁRIO

Quando discutimos relações de trocas em nossa sociedade, a teoria da dádiva, de Mauss⁴⁷, que citamos no capítulo anterior, e suas diversas leituras, tem sido usada com certa frequência. A partir do clássico *Argonautas do Pacífico* de Malinowski⁴⁸, Mauss desenvolveu a sua teoria no que diz respeito às trocas e aos contratos realizados por diversos povos⁴⁹. Um fio condutor que podemos identificar no Ensaio sobre a dádiva, é que a dádiva (o ato de dar, receber e retribuir) traz consigo uma noção de “aliança”, tanto matrimonial, quanto política. Sejam estas trocas feitas entre chefes ou camadas sociais distintas, religiosas, econômicas, jurídicas e diplomáticas.

A dádiva permeia diferentes formas de relações, estando presentes nas visitas, festas, comunhões, nas esmolas ou heranças. *Nele se postula um entendimento da constituição da vida social por um constante dar-e-receber*⁵⁰, demonstrando que os atos de dar e retribuir podem ser universais e obrigatórios, porém organizados de maneira distinta em cada caso. O ato das trocas é simultaneamente obrigatório e espontâneo.

Em sua epígrafe, Mauss apresenta um poema escandinavo que fala da relação entre o anfitrião e o hóspede. Nesta relação pode-se ver a dialética que cerca a dádiva: aquele que se faz de anfitrião hoje, cria a possibilidade (teórica e conceitual) de ser, no futuro, hóspede daquele que recebeu. Isto ocorre porque entre as partes há algo que vai

⁴⁷ MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia v.II**. São Paulo: Edusp, 1974.

⁴⁸ MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia**. Coleção Os Pensadores, 2ª edição. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

⁴⁹ Inicia seu texto com questões sobre a língua norueguesa antiga, para depois fazer várias reflexões sobre formas sociais de organização de celtas, romanos, germânicos, passando pela Índia, China, Oceania e índios do noroeste americano. O faz procurando demonstrar a importância de compreendermos que as trocas são concebidas e realizadas em diferentes lugares e tempos da História, ou seja, que a dádiva tem um caráter universal.

⁵⁰ LANNA, Marcos. Nota sobre Marcel Mauss e o Ensaio sobre a Dádiva. In: **Revista de Sociologia e Política**, n.º 14. Curitiba: UFPR: 2000, p. 173-194.

além das trocas materiais, há também uma “troca espiritual”. *As trocas e os contratos fazem-se sob a forma de presentes, teoricamente voluntários, mas na realidade obrigatoriamente dados e retribuídos*⁵¹. Não há apenas uma troca material, mas também uma troca imaterial, que pode ser de gentilezas, por exemplo.

A noção de “aliança” também pode ser encontrada na obra de Lévi-Strauss comentando que o conceito de fato social total, presente no *Ensaio sobre a Dádiva* e é uma expansão do conceito de fato social do seu tio Durkheim, que tratava o fato social como uma coisa, assim sendo um objeto que pode ser pesquisado. A diferença é que Mauss acaba por inserir o aspecto simbólico, é nos fatos sociais totais que de exprimem-se as instituições religiosas, jurídicas, morais, econômicas, etc. Toda vida social estaria misturada e presente. estabelece uma relação de três aspectos distintos: a biologia, a sociologia e a psicologia. Mauss insere o simbolismo apresentando um fenômeno que teria múltiplas representações, simultaneamente, no social, no religioso, na magia, na economia, sendo utilitária, sentimental, jurídica e moral. Segundo Lévi-Strauss, com o fato social, Mauss estabelece uma relação de três aspectos distintos: a biologia, a sociologia e a psicologia.

Através da dádiva, Lévi-Strauss procura estabelecer a importância do “princípio de reciprocidade”⁵², apresentando a proibição do incesto, assim como a exogomia, como construções sociais dotadas de reciprocidade. Nota-se que Lévi-Strauss vai além da materialidade do que é trocado e procura estabelecer a existência de certa universalidade da regra da reciprocidade, com o cuidado de não reduzirmos a sua noção de troca a uma instituição.

Bourdieu⁵³, ao voltar a analisar a dádiva, observou que o caráter primordial dela está em sua ambigüidade. De um lado há a experiência vivida como rejeição do interesse, ou do cálculo egoísta e, de outro lado, não exclui completamente a consciência da lógica da troca. Segundo o autor, seu modelo procuraria explicar a

⁵¹ Mauss, 1974: 41.

⁵² LÉVI-STRAUSS, Claude. **As Estruturas Elementares do Parentesco**. 3ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

⁵³ BOURDEIU, Pierre. Marginalia: algumas notas adicionais sobre o dom. **Revista Mana**, volume 2, número 2, p. 7-20. Rio de Janeiro: Museu Nacional, 1996.

distância destas duas verdades, apresentando o que seria no intervalo temporal entre o dom e o contra-dom, no qual existiria a possibilidade de ocultar a contradição entre a *verdade vivida do dom como ato generoso, gratuito, sem retribuição, e a verdade que o modelo revela, aquela que faz do dom um momento de uma relação de troca transcendente aos atos singulares de troca*⁵⁴.

Sua preocupação também está na construção de uma “economia do dom”, que longe do sentido estrito de troca mecanicista, haveria uma recusa da maximização do lucro econômico (do cálculo material), porém se organizaria para o acúmulo de capital simbólico (reconhecimento, nobreza, honra), que se dá na transformação das trocas materiais em trocas simbólicas (trocas de dons, palavras, mulheres, etc.).

Assim, três pontos importantes são enfatizados por Bourdieu e que não seriam vislumbrados em profundidade pelos outros autores: a questão do tempo entre o dom e o contra-dom, a importância que a construção simbólica permitiria ao destaque de uma economia de dom, além de introduzir uma teoria do agente e da ação que considera as condições do meio envolvente.

Em contrapartida, trabalhos como os do *M.A.U.S.S.*⁵⁵, em principal o de Godbout⁵⁶, que considera que as dádivas realizadas aos desconhecidos, como pode ser o caso das ações voluntárias estudadas aqui, haveria uma tendência maior para que o dom obedeça a uma norma moral, porém, nos vínculos pessoais, estes dons seriam

⁵⁴ Idem, p. 7

⁵⁵ O Projeto *M.A.U.S.S. – Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales* (Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais), foi fundado em 1984 pelo sociólogo francês Alain Caillé e pelo antropólogo suíço Gerald Bethoud ao constatarem em um colóquio interdisciplinar sobre o dom, que, em sua opinião, nenhum dos participantes teria levantado a suspeita de que a generosidade ou uma preocupação verdadeira com o bem-estar de outra pessoa poderia ser um ponto significativo do dom. Por intermédio da *La Revue du M.A.U.S.S.*, estes pensadores, como também Jacques Godbout, entre outros, tornaram-se uma escola, filiada à teoria da dádiva, com a preocupação de realizar uma crítica ao utilitarismo em geral e ao neoliberalismo, em particular. Os teóricos desta linha de pensamento insistem no fato de que a obrigação mútua gerada pelas dádivas constituiria um fenômeno sociológico tanto nas sociedades tradicionais quanto nas modernas e nesta estaria a condição essencial para a criação do vínculo social. O seu “paradigma do dom” baseia-se que as regras que fundam uma sociedade seriam essencialmente paradoxais e interdisciplinares, criticando a idéia de que o homem é egoísta e propondo uma nova tese: a de que a atitude original e própria do ser humano estaria na doação, se opondo aos conceitos do neoliberalismo e da economia de mercado.

⁵⁶ GODBOUT, Jacques. Homo donator versus homo oeconomicus. In: MARTINS, Paulo Herinque (org.). **A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social**. Petrópolis: Vozes, 2002.

inferiores. O verdadeiro dom seria aquele cujo sentimento não seria conformar-se com o que é socialmente estabelecido, mas sim expressar o vínculo pessoal, negando, inclusive, a sua importância.

Estudando os Alcoólicos Anônimos (AA), Godbout⁵⁷ observa que grupos de ajuda mútua parecem ser regidos por um princípio de reciprocidade, mas abertos à alteridade. Uma vez “curados”, seus membros devem transmitir aquilo que receberam a outros alcoólatras. Enquanto o trabalho voluntário revelaria um “prazer no vínculo”, para grupos de ajuda mútua o vínculo seria uma solução para resolver um problema. O AA conteria um sistema de dádivas, tanto na base de sua filosofia quanto no seu modo de funcionar, que faria com que a “pessoa rompa com o narcisismo do indivíduo moderno”.

Além do AA, há várias outras manifestações de ajuda mútua, trabalho voluntário e outras ações semelhantes, que têm sido objetos de estudo em diferentes linhas de pesquisa no Brasil. De certa forma, estes trabalhos resgatam a teoria da dádiva.

Nos anos de 2001 e 2002, o Sociólogo Leonardo de Araújo Mota⁵⁸, estudou dez diferentes grupos de alcoólicos anônimos na região metropolitana de Fortaleza⁵⁹, capital do Ceará. Seu objetivo, ao analisar uma organização que existe em mais de 150 países, seria o de ampliar os horizontes com a intenção de compreender este movimento sob a luz das discussões que estão em voga sobre solidariedade.

Por meio dos membros do AA, Mota pretendeu demonstrar que a lógica da dádiva *pode ainda fazer-se presente nos dias atuais, mesmo que muitos insistam em negar sua presença*⁶⁰, fazendo uso, principalmente, das reflexões do Godbout. Os grupos de ajuda mútua, que atuam de forma voluntária, trabalhariam com uma idéia onde o dar e o receber se confundiriam, onde a sua estrutura formal inibiria a formação

⁵⁷ GODBOUT, Jacques. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

⁵⁸ MOTA, Leonardo de Araújo. **A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de Alcoólicos Anônimos**. São Paulo: Paulus, 2004.

⁵⁹ Este trabalho é uma versão resumida de sua dissertação de mestrado para o programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará.

⁶⁰ MOTA, 2004: 22.

de hierarquias fixas. Todos seriam membros e sócios, e cada membro seria um centro da rede no momento em que atua dentro dela, apontando que *a cooperação, e não somente a competição*, fazendo uma alusão clara àqueles que são adeptos da forma clássica da teoria da dádiva, seria “capaz de produzir novas utopias e libertar o ser humano das cadeias do orgulho e egoísmo”, considera Mota.

No começo da década de 90, a Historiadora Ana Paula Zaquieu⁶¹ estudou as experiências do grupo de ativistas da Organização Não-Governamental (ONG) Grupo Pela VIDDA (Valorização, Dignidade do Doente de AIDS), nos anos de 1989 a 2001. Neste artigo, a preocupação da autora é explorar como o contato com valores, como a igualdade entre gêneros e a liberdade sexual, que seriam próprios da modernidade e utilizados pelas lideranças desta ONG para legitimar a sua atuação, teriam influenciado as experiências relatadas pelos voluntários no que se refere à sexualidade e à Aids. Enfatizando as relações de gênero, Zaquieu apresenta uma entidade formada por voluntários e membros que possuíam um elemento em comum a todos, ou seja, a condição de serem soropositivos.

Este grupo era formado por homens homossexuais e mulheres heterossexuais de baixa renda, de regiões periféricas da cidade do Rio de Janeiro. Como esta ONG tinha por projeto a valorização do indivíduo e a abrangência de significados atribuídos à idéia de solidariedade, estes conceitos teriam sido apropriados pelas pessoas participantes das mais diferentes maneiras. *Nesse sentido participar de atividades de convivência, ir a manifestações de rua, integrar algum serviço voluntário muitas vezes se confundiu com sentimentos de compaixão, com o desejo de ajudar o próximo ou mesmo com a possibilidade de romper com a solidão*⁶². Apesar deste artigo não fazer menção sobre a dádiva, pode-se observar que os relatos apresentam semelhanças com os trabalhos que seguem a linha da M.A.U.S.S..

⁶¹ ZAQUIEU, Ana Paula V. Os desafios da alteridade: considerações sobre sexualidade entre militantes de uma ONG/AIDS carioca. In: **História, Ciências, Saúde**. Volume 13, nº 1, p. 33-54. Rio de Janeiro: 2006.

⁶² ZAQUIEU, 2006: 37.

No artigo produzido pelo comunicólogo Freitas⁶³, ele analisa os trabalhos voluntários em terreiros de Umbanda e Candomblé, com o objetivo de demarcar estas religiões como sendo permeadas pela solidariedade e de sua importância para o debate sobre a doação e o voluntariado no Brasil. Nos centros ou terreiros de Umbanda, do Rio de Janeiro e na Bahia, a oferta de doações, a prática de serviços assistencialistas e de caridade estariam marcados pelo princípio de *fazer o bem sem olhar a quem*, como pregados pelo kardecismo e catolicismos brasileiros. Freitas considera que estas práticas, onde o trabalho voluntário está inscrito, foram tomadas como “missão”, “obrigação” ou compromisso determinados pelos encantamentos, ou seja, algo que poderíamos considerar para além de uma razão física.

Diretamente ligado ao nosso trabalho, a pesquisa da Antropóloga Michele de Lavra Pinto⁶⁴ sobre o grupo de voluntárias da Associação de Voluntários de Câncer de Mama, do Hospital São Lucas, na cidade de Porto Alegre, mostra como esta Associação se originou e as formas de ajuda destinadas às mulheres com câncer de mama. Quem são estas voluntárias, quais as suas motivações e as relações entre elas e as pacientes são questões privilegiadas na pesquisa, principalmente, tendo como foco a teoria da dádiva.

Com certo zelo, vemos que os trabalhos sobre voluntários giram em torno de suas motivações e a regra que estaria operacionalizando estas relações seria princípio de dádiva descrita inicialmente por Mauss. Nos desenvolvimentos desses trabalhos, bem como nas reflexões de Jacques Godbout, vemos o trabalho voluntário sob a luz da teoria da dádiva, apontando para fatos que poderiam levar a ênfase em um aspecto unilateral. Enquanto as motivações estariam ligadas diretamente a um acontecimento crucial que ativou a decisão ou ao momento que estas pessoas estavam vivendo, seria

⁶³ FREITAS, Ricardo Oliveira de. Quando o voluntariado é axé: a importância das ações voluntárias para a caracterização de uma religião solidária e de resistência no Brasil. In: **Seminário Religião, Ação Social e Cultura Cívica**, 2005, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.iser.org.br/publique/media/texto_ricardo_freitas.pdf>. Acessado em 20 jun. 2006.

⁶⁴ PINTO, Michele de Lavra. 2000, Porto Alegre. **Uma Andorinha só não Faz Verão: um estudo antropológico sobre as práticas e motivações do trabalho voluntário na Associação de Voluntárias de Câncer de Mama do Hospital São Lucas em Porto Alegre, RS**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRG.

através de dádivas que elas se organizariam. Com relação ao Hospital Pequeno Príncipe, a perspectiva maussiana, clássica por assim dizer, é privilegiada na análise sobre o trabalho voluntário, já que não vemos as reflexões do M.A.U.S.S. conseguindo responder como o trabalho voluntário se estabelece.

3.2 OS VOLUNTÁRIOS DO PEQUENO PRÍNCIPE

Dos voluntários que trabalham no Hospital Pequeno Príncipe, as mulheres apresentam-se como predominantes, até o ano de 2004, quando começamos a nossa pesquisa no Hospital, quando representavam 84,5%⁶⁵ do corpo de voluntários. Com o Ano Internacional do Voluntariado, instituído pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 2001⁶⁶, cresceu muito a procura por este tipo de atividade no Hospital Pequeno Príncipe e o perfil dos voluntários foi alterado.

A mudança progressiva fez com que no ano de 2004, pessoas mais jovens procurassem o trabalho voluntário. Até então, os voluntários do Hospital eram compostos praticamente de senhoras, donas-de-casa e/ou aposentadas. No ano de 2000, pessoas com idade entre 18 e 40 anos representavam apenas 27% dos voluntários.

No mesmo ano de 2000, o Hospital registrava 73,0% de voluntários com mais de 41 anos de idade e 9,5% de voluntários com idade entre 21 a 30 anos. 60,3% dos voluntários eram casados, enquanto 31,7% eram solteiros e 8% divorciados e viúvos. Apesar do Hospital não possuir dados com relação à renda, se observamos a escolaridade pode se inferir que os voluntários gozavam de boas condições financeiras

⁶⁵ Desde o ano de 2000, o SVPP vem fazendo o acompanhamento estatístico dos seus voluntários.

⁶⁶ O Ano Internacional do Voluntário promovido pela ONU e com a adesão de 132 países, pretendeu incentivar e reconhecer o trabalho voluntário em todo o mundo. No Brasil formou-se o Comitê Brasileiro para gerir o Ano Internacional do Voluntário, coordenando atividades que buscavam sensibilizar pessoas e organizações sociais para o trabalho voluntário, utilizando, inclusive diversos meios de comunicação para difundir as suas idéias. De acordo com dados divulgados pela ONU, no ano de 2003 o número de voluntários no Brasil passou de 22 milhões, para 42 milhões após o Ano Internacional. O próprio SVPP credita boa parte de seu crescimento ao Ano Internacional.

uma vez que no ano de 2000, 57,2% dos voluntários possuíam curso superior; 5,3% o ensino fundamental e 33,3% o ensino médio.

Católicos sempre foram a maioria entre os voluntários do Pequeno Príncipe. Em 2000, 65,2% se declararam católicos, 19,2% espíritas, 1,5% de evangélicos, 3% de outras religiões e 11,1% não declaram religião.

Com o Ano Internacional do Voluntariado, o perfil dos voluntários do SVPP foi alterado. Se no ano de 2000 o Hospital já registrava 9,5% de voluntários com idade entre 21 a 30 anos; no ano de 2001, 18,1% tinha idade entre 21 e 30 anos, simplesmente o dobro do ano anterior. Em 2002 já representavam 34,9% e no ano seguinte 38,6%.

No ano de 2004, 38,2% dos voluntários tinham idade entre 21 a 30 anos, enquanto aqueles que tinham mais de 41 anos eram 33,8% de todos os voluntários. Neste mesmo ano, os solteiros eram maioria, com 52,4%, os casados eram 40,3% e 7,3% de divorciados e viúvos. 71,2% dos voluntários eram católicos, 7,1% espíritas, 10,2% de evangélicos, 4,3% de outras religiões e 7,2% não declararam.

Com o ingresso de mais jovens, o quadro mudou um pouco em 2004, mas nem por isso houve indícios de pessoas que fizeram parte do SVPP e que neste momento não gozem de boas condições de vida e, conseqüentemente, possam dispor de tempo para o trabalho voluntário. Em 2004, pessoas com apenas o ensino fundamental eram 4,9%, ensino médio 31,8%, provavelmente pela maior participação de jovens, 24,5% com ensino superior incompleto, 33,8% com curso superior e 4,8% com pós-graduação.

Outro fator que fez crescer a procura pelo trabalho voluntário seria a imposição de créditos a serem cumpridos por estudantes universitários em trabalhos comunitários, tornando anômalo, de certa forma, a expressão “trabalho voluntário”. Haveria também o crescente interesse das empresas privadas para contratar profissionais que desempenham algum tipo de atividade voluntária. Porém, não encontrei casos desse tipo, pelo menos, não explicitamente. Outro fato que pude observar é que, a maioria dos voluntários com pelo menos um ano de trabalho no

Hospital, tinham mais de 41 anos. Os jovens dificilmente passavam de um ano trabalhando no Hospital.

3.2.1 O ingresso dos voluntários

Os interessados em fazer trabalho voluntário no Hospital Pequeno Príncipe, mesmo sem ter uma idéia precisa do que poderia ser feito, entram em contato com o SVPP ou são encaminhados para este. Há também a possibilidade de que a pessoa saiba sobre o serviço de voluntariado do Hospital na empresa em que trabalha, quando, geralmente, o departamento de Recursos Humanos desta empresa apresenta o Hospital Pequeno Príncipe a eles, procurando incentivar o que chamam de “responsabilidade social”⁶⁷.

Em contato com os funcionários do SVPP, as pessoas recebem uma breve explicação sobre o que elas podem fazer, sendo que os funcionários do SVPP ficam abertos a novas sugestões, sempre, para a prestação de um trabalho diferenciado. Aliás, o SVPP não recusa nenhum tipo de ajuda, a não ser em casos muito específicos, como financiamento por parte de uma indústria tabagista ou que vai contra, de alguma forma, à saúde pública, por exemplo, e, em especial, contra qualquer coisa que possa prejudicar a saúde infantil. A postura dos funcionários do SVPP, bem como a dos próprios voluntários, é de não recusar ajuda, mesmo quando o que é oferecido não tem qualquer utilidade direta para o Hospital, mas mantêm-se aberto a toda boa vontade.

Se em algum caso a recusa de ajuda for necessária, é porque há algum tipo de vínculo com produtos nocivos à saúde, ou mesmo, o que está sendo doado pode afetar, de alguma forma, a sua imagem com a entidade idônea, a responsabilidade da recusa,

⁶⁷ Aparentemente, não há um consenso entre aqueles que discutem esta temática e sobre o que seria “Responsabilidade Social”. Um dos conceitos aponta que “Responsabilidade Social” seria uma espécie de comportamento *ético e responsável na busca da qualidade nas relações que a organização estabelece com todos os seus stakeholders* (grupos de interesse), que podem estar associados de alguma forma aos negócios de uma empresa e que, tal comportamento, faz parte das estratégias desta empresa, nas suas dimensões econômicas, sociais e ambientais. (KARKOLI, Gilson. **Responsabilidade Social: uma contribuição à gestão transformadora das organizações**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004:48.)

pode ser passada para outro departamento, pois o Hospital parece apresentar o SVPP como sendo a porta de entrada para todos os tipos de doação. Tudo que é doado ao Hospital (com exceção de recursos financeiros oriundos de empresas privadas) é feito através do SVPP. Como o Hospital tem grande preocupação em vincular a sua imagem institucional aos voluntários⁶⁸ e como é uma entidade beneficente, o SVPP não pode ter a sua imagem como porta de entrada do Hospital “maculada” pela recusa. O SVPP deve-se mostrar para a sociedade sempre carente de recursos e bens.

Ou seja, a negação de uma dádiva, de uma doação, não pode estar ligada ao SVPP, pois se para os voluntários o Hospital é percebido como uma entidade sem fins lucrativos e que precisa de ajuda para continuar funcionando, assim, este não teria condições de recusar a ajuda oferecida. As pessoas que oferecem algum tipo de doação ao Hospital parecem não aceitar que os voluntários recusem qualquer tipo de ajuda, sem compreender qual poderia ser o efeito maior de uma doação não adequada aos preceitos de saúde incorporados pelo Hospital. Por exemplo, num determinado dia, pude presenciar a doação de latas de leite em pó para o Hospital. Os funcionários do SVPP receberam e agradeceram a doação. Após os doadores terem ido embora, os funcionários me informaram que aquelas latas de leite não poderiam ser usadas pelo Hospital, pois estavam amassadas e assim, o leite poderia estar contaminado. Mesmo assim, a doação não foi recusada.

Ao ingressar no SVPP todos os voluntários recebem uma ficha cadastral⁶⁹ para preenchimento, desta forma disponibilizando o nome, data de nascimento, estado civil, religião, profissão, escolaridade, endereço, RG e CPF. A ficha ainda traz duas perguntas:

1. Por que se interessa pelo trabalho voluntário?
2. Como ficou sabendo do Programa de Voluntariado do Hospital Pequeno Príncipe?

⁶⁸ Dada constatação do Departamento de Marketing de que a imagem do Hospital na sociedade seria a de um Hospital privado, não filantrópico, que atende pelo SUS, como comentamos no capítulo anterior.

⁶⁹ Anexo 1, p. 130.

A intenção dessas perguntas é de explicitar as motivações que estão levando as pessoas a trabalhar voluntariamente com crianças. Além de revelar como e onde a imagem do Hospital está sendo divulgada. Com isso, o SVPP procura mapear quem são as pessoas para o trabalho voluntário, afim de centrar os seus esforços para atrair estas pessoas. O SVPP considera terem as qualidades para trabalhar com crianças enfermas, tais como disposição ao trabalho, “gostar de criança”, “paciência” e “zelo”.

Preenchida a ficha, os interessados são informados que o treinamento ocorre, geralmente, a cada três meses e pede-se para que aguardem até serem chamados⁷⁰. Funcionários do SVPP comentaram sobre situações em que os interessados se surpreenderam por ter que esperar para começarem a trabalhar como voluntários, sugerindo que o Hospital estaria, de certa forma, recusando a ajuda ou desvalorizando a boa vontade daquelas pessoas.

Nesse sentido, parece que o Hospital precisa assumir, perante a sociedade, o papel de receptor incondicional para algumas das pessoas que procuram o SVPP. É como se aquele que pede não tivesse o direito de recusar nenhum tipo de ajuda oferecida. Se Mauss considera que a caridade é uma ofensa para quem recebe⁷¹, aqueles que oferecem, por estarem numa posição privilegiada na dádiva, sentem-se ofendidos quando não são correspondidos. Se a negativa da troca pode gerar a guerra, como no *potlatch*, sua postergação, ou seja, a não aceitação imediata do interessado no trabalho voluntário e no treinamento obrigatório, poderia ser percebida como uma atitude ofensiva, pois gera para alguns dos futuros voluntários a perda, pelo menos aparente, desta “posição privilegiada”.

Nesse mesmo sentido, podemos citar fatos ocorridos no Dia das Crianças e no dia de comemoração ao Santos Cosme e Damião. É comum nestas datas o SVPP receber doações de doces e brinquedos para as crianças por causa da comemoração

⁷⁰ O que lembra em muito o tratamento dado pelas empresas de recursos humanos, tanto que muitos se comportam no dia do treinamento como se estivessem num processo de seleção de emprego e as coordenadoras do SVPP, durante o treinamento, insistem em avisar a todos que eles não estão sendo selecionados e que todos os presentes poderão se tornar voluntários.

⁷¹ MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia v.II**. São Paulo: Edusp, 1974, p. 163.

destes santos⁷². Como as crianças são aquelas que são protegidas por estes santos, ao dar doces para as crianças do Hospital, os doadores estariam fazendo oferta a estes santos. Comentários que presenciei como “*Estes doces são para as crianças internadas, viu?*”, demarcando que a distribuição dos doces deve ser apenas entre as crianças, ou “*Estes doces devem ser distribuídos hoje sem falta*”⁷³, enfatizando a importância da distribuição no dia dos santos, para que a oferenda tenha efeito, revelam a existência de outro interesse, além de fazer algo por aquelas crianças. Estas doações podem ser oferendas e pedidos aos santos e assim estas doações seriam um sacrifício, uma relação de dom, que se estabelece com o Divino e com as crianças no papel de meio de ligação. Porém, quando nos deparamos com pessoas que desejam realizar trabalhos voluntários, o interesse ou o retorno que se espera não me pareceu tão explícito, principalmente durante os encontros realizados para o treinamento de novos voluntários do SVPP.

⁷² São Cosme e São Damião, os santos gêmeos originários da Arábia, no século III. Filhos de uma família cristã nobre, eles eram considerados bons e caridosos. No dia 27 de setembro, quando é realizada a festa aos santos gêmeos, as igrejas e os templos das religiões afro-brasileiras são enfeitados com bandeirolas e alegres desenhos. No Candomblé, são associados aos Ibejis, gêmeos amigos das crianças que teriam a capacidade de agilizar qualquer pedido que lhes fosse feito em troca de doces e guloseimas. São realizadas festas para as crianças com farta distribuição de doces e brinquedos. Eis o porquê, nesta data, haver doações, principalmente de doces, ao Hospital no dia dos santos ou no dia 12 de outubro, Dia das Crianças.

⁷³ Referindo-se ao dia de São Cosme e Damião.

FIGURA 9 – VOLUNTÁRIAS DISTRIBUINDO BRINQUEDOS E DOCES NO DIA DAS CRIANÇAS



Fonte: Acervo do Hospital Pequeno Príncipe

3.2.2 O treinamento dos voluntários

A cada três meses, aproximadamente, foram organizados grupos de novos interessados em fazer o trabalho voluntário no Hospital. Tive a oportunidade de participar de sete destes grupos, seis deles com aproximadamente 20 pessoas cada e 1 com 40 pessoas. Segundo uma das coordenadoras do SVPP, estes encontros de caráter obrigatório têm por objetivo apresentar o Hospital aos interessados e explicar qual será o papel deles, as atividades que serão exercidas e quais as dificuldades que eles poderão encontrar, indicando exemplos de cenários extremos – como a possibilidade da morte ou o desconhecimento do que é um assento sanitário – no caso de crianças vindas do interior do estado. Como também possibilita conhecer um pouco melhor os novos voluntários e para que eles mesmos, após a exposição dos fatos, avaliem se terão condições emocionais para passar por aquelas situações.

Os encontros ocorreram em um auditório do Hospital⁷⁴ e começaram com uma das coordenadoras se apresentando e apresentando os funcionários presentes. Aqui fui inserido como pesquisador, no ano de 2004, fazendo um trabalho com eles. Em alguns grupos expliquei a pesquisa e em outros (os últimos), a explicação da pesquisa se deu apenas após os eventos, no momento em que solicitei que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que eu utilizasse o material colhido anteriormente. Isso, inclusive, ajudou a identificar a lógica por trás destes encontros, pois o simples fato do meu posicionamento nestes encontros deu pistas para compreender como se estabelecem algumas de suas representações, comparando os discursos que ouvi após a minha apresentação, antes do início dos trabalhos, com a minha, depois de concluído os encontros.

Feita as apresentações dos funcionários, que também é antecedida pela distribuição de balas entre os presentes, pediu-se para que as pessoas se apresentassem ao grupo dizendo seus nomes, o que fazem, porque querem fazer trabalho voluntário e por que desejavam trabalhar num hospital. Note que esta ordenação prévia acaba sendo um desmembramento da primeira pergunta feita aos voluntários na ficha de inscrição. Para as coordenadoras, que são psicólogas, as respostas a estas perguntas poderiam revelar possíveis casos de pessoas emocionalmente instáveis e que mereceriam maior atenção durante o trabalho voluntário. O tempo de duração dos primeiros encontros varia com o número de pessoas que estão presentes, durando aproximadamente 1 hora e meia, podendo chegar a duas horas e meia.

Nos encontros que pude presenciar, as pessoas seguiram o roteiro indicado pela coordenadora, porém ao explicar o porquê queriam fazer trabalho voluntário e por que naquele Hospital, as razões apontadas foram múltiplas. Muitos argumentavam inicialmente a sua disposição de tempo, o fato de gostarem de crianças e a satisfação de poderem proporcionar algo de bom às crianças. Outros apontavam a importância de se fazer algo pelo outros e desta maneira, “tornar o mundo um lugar melhor para se viver”.

⁷⁴ Com exceção do encontro envolvendo 40 pessoas que se realizou na Praça do Bibinha.

Alguns, porém, apontavam razões bem mais pessoais, como, por exemplo, estarem passando por crises de depressão; o fato de estarem passando por momentos difíceis em decorrência da perda de um ente querido; falta de dinheiro; separação conjugal, etc. Ou então, ao contrário, diziam que o que os fazia estar lá era o fato que tudo em suas vidas estava ótimo e, por isto mesmo, precisavam fazer algo pelos outros, como se isso fosse uma maneira de compensar o seu bom estado. Houve também alguns casos de pessoas que justificaram os seus desejos por terem passado algum tempo no Hospital com os seus filhos (ou sobrinhos, netos, etc.) e dado ao tratamento que receberam, desejam “fazer parte daquilo também”.

Enquanto no AA, pesquisado por Mota, existe um “fator problema” que liga os seus membros, não há tal ligação entre os voluntários do Pequeno Príncipe. É certo que há situações em que alguns voluntários estão à procura de superação de traumas ligados a seus filhos, mas não podemos dizer que são a sua totalidade, mas é um dos motivos e não podemos desconsiderá-lo. Os motivos que levam as pessoas a procurar o SVPP são muito diversos, entre eles, o desejo de se sentirem úteis, depressão, sentimento de dívida, conceitos religiosos, disponibilidade de tempo entre outras. Os únicos fatores que as ligam é o fato de se interessarem por crianças e a necessidade que sentem em ajudar.

Durante os relatos pessoais, cada pessoa acabava por utilizar algo que era dito pelas pessoas que falavam antes dela. Mesmo que os relatos anteriores fossem extremamente pessoais, utilizavam-se comentários das outras pessoas. Inícios de frase com: “*Assim como ela disse...*” ou “*Eu penso que beltrano está certo quando falou...*” foram usados diversas vezes para referenciar as razões que os levaram a estar lá e também quais eram suas opiniões sobre “solidariedade”, “caridade” e “fazer trabalho voluntário”, buscando criar um consenso sobre o que estas palavras significariam.

Em todos os encontros a “solidariedade” foi considerada não apenas pelo ato de dar algo a alguém que precise, mas receber dela algo em troca que poderia ser uma coisa muito maior, mas não especificavam o que era recebido. Ou então, diziam não saber por em palavras o que era recebido. O que era recebido seria algo maior, ou melhor, do que aquilo que elas estavam dispostas a dar no trabalho voluntário.

Encerradas as apresentações pessoais, a coordenadora toma para si a palavra e se preocupa em explicar como é o Hospital e como funciona o trabalho voluntário. Explica que aquele estabelecimento é um hospital pediátrico e por isto mesmo, a recreação faz muita falta. Como o corpo clínico precisaria se preocupar com os tratamentos das crianças, estes profissionais não possuem meios de disponibilizar tempo de atenção para as crianças. Como também, por ser um hospital filantrópico, não tem condições financeiras de arcar com o custo de um grupo de recreacionistas profissionais.

As coordenadoras explicavam nesses encontros que o trabalho dos voluntários deveria ser feito “*com muita disposição, muito amor e muito carinho*”. É neste momento que os futuros voluntários são informados que o seu trabalho com as crianças será de apenas recreação, ou seja, brincar com as crianças, levando brinquedos e jogos, materiais de pintura ou outros que estão disponíveis às enfermarias e aos leitos. Nestes encontros também é criada a possibilidade para que os futuros voluntários possam realizar algo diferente com as crianças, relatando a existência de voluntários que desenvolvem atividades ligadas com dobraduras de papel, confecção de pipas, móveis ou contação de histórias. Os futuros voluntários são alertados que nem sempre as crianças podem estar dispostas a brincar com eles. Devido alguns tratamentos, as crianças podem querer apenas a presença deles, conversas, ou mesmo, apenas ficar de mãos dadas com os voluntários.

Pelo fato do trabalho voluntário ocorrer dentro de um hospital, as coordenadoras do SVPP apontavam que existem algumas características próprias. Não é apenas um ambiente onde a doença está presente, mas existem elementos deste meio, como odores específicos (“cheiro de hospital”), procedimentos clínicos com extração de sangue, colocação de cateteres e outros que podem afetar os voluntários de alguma maneira. E como tais procedimentos podem “chocar” as pessoas, assim como pode “chocar” as crianças. Os voluntários teriam, assim, um papel fundamental de distrair as demais crianças para que elas não fiquem “impressionadas” com tais procedimentos.

Como o trabalho voluntário é realizado prioritariamente com as crianças atendidas pelo SUS, as coordenadoras alertam para o fato de que algumas das crianças atendidas e seus familiares podem vir de realidades “precárias”, diferentes daquelas vividas pelos voluntários. Apontam que mães e pais destas crianças, por não terem “condições de estudo”, ou seja, pessoas com escolaridade muito baixa, podem não saber dizer o que precisam ou desejam para os voluntários.

Um exemplo que foi citado várias vezes é o caso de uma criança vinda do interior que freqüentemente olhava para as pessoas e dizia insistentemente a palavra “tinho”. Logo após esta criança urinava nas calças. O que esta criança na verdade estava pedindo era “matinho”, ou seja, estava pedindo para ir ao banheiro. Mas como ela e seus pais não conheciam o que era um banheiro, ela pedia para ir ao “matinho”.

Este tipo de exemplo, assim como casos de crianças que são “abandonadas” pelos pais porque estes não possuem condições de acompanharem durante o tratamento, seja por causa do trabalho ou por terem muitos outros filhos para cuidar, servem para chamar a atenção dos futuros voluntários, pois estes não se devem afeiçoar demais às crianças que irão atender, para o próprio bem-estar psicológico o ou das crianças doentes. O estado em que algumas crianças se encontram pode motivar os voluntários a se dedicarem demais a uma ou outra criança, criando laços afetivos que sejam psicologicamente prejudiciais a ambos. Eram relatados casos em que crianças órfãs chamavam as voluntárias de mães e não havia o interesse das voluntárias em adotarem aquelas crianças.

É alertado para não se privilegiar uma criança em relação às outras. Já foi constatado clinicamente e também pude observar situações em que algumas crianças, mais doentes, ganharam presentes especiais na frente de outras, que já estavam bem e receberiam alta em breve. Pelo fato de uma criança receber um “prêmio” por estar doente, as outras crianças, já saudáveis, acabavam por desenvolver quadros de febre alta, provocados psicologicamente, postergando a alta ou procedimentos clínico vitais. Ou seja, se um voluntário fizer algo ou der algo para uma criança, precisará fazer o mesmo para todas as crianças daquele ambiente.

Também apontaram a necessidade de que qualquer coisa que seja feita com as crianças ou que for dada e que não faz parte da prescrição médica precisa, da autorização do corpo clínico, pois nem todas as crianças podem estar em condições de mudar a sua rotina ou a sua alimentação. Porém, cada situação é única e pode ser discutida com o SVPP para ver a sua viabilidade.

Para as coordenadoras, todos os seus relatos e apontamentos feitos, destacam a importância dos voluntários se sentirem felizes e satisfeitos com o que estão fazendo, pois isto irá refletir na moral das crianças. *“Vocês precisam se sentir bem para fazer o bem”*, disse uma das coordenadoras na primeira reunião que participei.

As coordenadoras terminam estas reuniões reforçando a idéia de que o trabalho voluntário no Hospital faz com que as pessoas *“saíam de lá melhor do que entraram”*. Reafirmam que os voluntários não estão lá *“só para dar”*, mas também recebem e enfatizam que aquilo que é recebido pelos voluntários não é nada material, mas é *“algo que enriquece a experiência de vida de cada pessoa”*.

Caso as pessoas acreditem que não irão sentir a vontade e bem com o trabalho, ou que o trabalho no Hospital possa afetá-las negativamente de alguma forma, elas podem sair do programa de voluntariado sem maiores problemas. Contudo, as coordenadoras dizem que isto não acontece com frequência e que *“as pessoas são muito mais fortes do que elas imaginam”*.

Quando é aberta a possibilidade de perguntas, as questões giravam em torno de situações práticas, tais como horários de funcionamento do SVPP, possibilidades de recreação com as crianças e sobre auxílio de transporte para os voluntários (e que não é oferecido pelo Hospital).

Nos dias seguintes a estes primeiros encontros, é realizado um segundo. Neste segundo encontro, mais informativo, é entregue a todos o *“Manual do Voluntariado”*⁷⁵. Este manual apresenta o Hospital através dos seus indicadores operacionais e um breve histórico de suas atividades e programas. Os voluntários são informados sobre as regras de conduta que devem seguir e quais os horários de funcionamento do SVPP

⁷⁵ Anexo 2, p. 131.

estão de acordo com horários de visita do Hospital, ou seja, de segunda-feira a quinta-feira das 8 às 21 horas, sexta-feira das 8 às 20 horas, aos sábados das 8 às 16 horas e aos domingos das 14 às 16 horas no Programa Família Feliz.

Estes segundos encontros também são realizados para instruir os novos voluntários com relação às regras de higiene que deverão adotar dentro do Hospital para evitar a transmissão de infecções entre as crianças, além das atenções que se deve ter durante a recreação das crianças. Por fim, apresentam outras formas as quais os voluntários podem estar colaborando com o Hospital, como a aquisição de produtos sociais e as formas de doação financeira.

Para encerrar, é entregue o Termo de Trabalho Voluntário⁷⁶ para que seja preenchido e assinado. São solicitadas duas fotos 3x4 para a confecção dos crachás de identificação e para a ficha de registro, além de ser entregue uma ficha onde deverão constar os dias e horários que irão disponibilizar para a realização do trabalho voluntário. Feito isto, as pessoas estão autorizadas a começar o trabalho voluntário no Hospital que irá, durante 3 meses, contar com o acompanhamento dos funcionários do SVPP ou de voluntários que atuam a mais tempo, até que “estejam pronto” para andarem sozinhos pelo Hospital.

As regras de conduta, o Manual do Voluntário e o Termo de Trabalho Voluntário reforçam a existência de uma relação contratual entre os voluntários e o Hospital. Não se trata apenas de uma relação “casual” ou “frugal”. O cuidado do Hospital na organização e controle dos voluntários pode revelar que as relações dos voluntários com o estabelecimento, ao contrário do que se pode imaginar, não estão regidas apenas pelo mundo da *casa*. As regras, o manual e o Termo de Trabalho Voluntário refletem as influências do mundo da *rua*, regulando, também estas relações. Estes aspectos contratuais não existem por acaso, são uma “salvaguarda” do Hospital para as ações dos voluntários.

O Termo de Trabalho Voluntário, que é regido pela Lei nº 9608, de 18 de fevereiro de 1998, foi criada justamente para regulamentar essa atividade diante da

⁷⁶ Anexo 3, p. 132.

Justiça do Trabalho. Em momento algum, presenciei qualquer questionamento sobre a necessidade do Termo de Trabalho Voluntário durante os encontros realizados com os futuros voluntários.

Os primeiros encontros, aqueles os quais as pessoas fazem os seus depoimentos, parecem ser as fases mais importantes da formação de um voluntário, pois é através das respostas dadas por eles que surge o ideário voluntário. Eles parecem gerar uma referência simbólica identificável e aceita por todos. Estes encontros, ao que me parece, promovem justamente uma ordenação de idéias e formação de conceitos que envolvem o trabalho voluntário, incentivados pelas coordenadoras.

Quando uma pessoa começa a sua apresentação explicando o que a levou a estar ali, naquele momento, podendo ser através de relatos de sua trajetória pessoal, passam-se alusões sobre uma moral social, um dever como membro de uma sociedade e, principalmente, histórias de vida pessoais (dramas, sofrimentos ou alegrias). São inúmeros os motivos que ouvi, porém os principais estão ligados à disponibilidade de tempo, necessidade de ajudar o outro, problemas emocionais (mais especificamente, depressão) e o de um sentimento de dívida com a sociedade. É a partir deste ponto que se constrói o ideário voluntário.

Esta “dívida social” ou esta “dívida com a sociedade” pode ser vista no relato da Claudia⁷⁷, 22, estudante, que havia recentemente passado pelo vestibular e nunca havia feito trabalho voluntário anteriormente.

"Porque sinto necessidade de contribuir de alguma forma para o progresso da humanidade. E sinto bem fazendo caridade." Claudia, 22, estudante.

Ou ainda, como reflexo de situações particulares como:

"Retribuir um pouco do amor que Deus tem demonstrado para comigo e minha família." Susan, 32 anos, dona-de-casa.

"Sempre gostei, ajudo desde os meus 12 anos. E no momento estou desempregada e necessito ajudar os outros." Doralice, 29 anos, estudante.

⁷⁷ Para preservar a identidade dos voluntários, adoto aqui nomes fictícios.

A categoria nativa da “necessidade de ajudar” é recorrente nos relatos sobre a motivação para o trabalho voluntário. São os casos de mães ou parentes de crianças que estiveram internadas, mães que perderam filhos, pessoas que estão com problemas (financeiros são os relatados, mas encontrei casos de problemas conjugais também) e sentem a “necessidade de ajudar”.

“O que me trouxe aqui ao Pequeno Príncipe [...] foi que eu vivi aqui, durante 12 dias uma internação da minha filha de quatro anos. [...] Eu tenho 3 filhos, o meu mais velho faleceu há quatro anos com 19 anos... e por contingências do destino, nós temos uma empresa que está descapitalizada, fiquei sem convênio médico e por isto estava na enfermaria do Pequeno Príncipe (com a filha mais nova). Isto foi uma escola de vida para mim. [...] O mundo do Pequeno Príncipe para mim foi outro. Foi uma prática forçada. Quando fiquei num quarto com 2 crianças especiais junto com a minha filha, achei que deveria me doar mais. Eu não tenho muito tempo, mas o tempo que tenho para mim vou me dedicar às crianças do Pequeno Príncipe. Que também são os meus filhos, né!? [...] quero tentar passar mais amor e mais carinho a eles.” Manuela, 47 anos, empresária.

Pessoas que se aposentaram relataram a “necessidade de se sentir útil” como motivação para realizar trabalho voluntário. Apareceram durante conversas informais com alguns voluntários já aposentados.

“Sou professora aposentada [...] já bastante tempo... há mais de dez anos. Já trabalhei com trabalhos manuais e costura nas instituições (de caridade) e agora estou parada [...] Estou disposta de ver qual trabalho poderia fazer, porque estou sentido falta no momento”. Tânia, 65 anos, aposentada.

“Sou enfermeira aposentada [...] Agora como voluntária, quero esquecer a parte profissional... Adoro crianças. Meu único filho é casado é mora no Canadá. [...] Agora eu quero entrar noutra posição, quero entrar na posição de vovó, curtir as crianças, mimar elas e fazer todas as vontades delas”. Ledair, 53 anos, aposentada.

Lavra Pinto apontou em seu estudo que, para as voluntárias do Hospital São Lucas, o trabalho voluntário seria uma extensão dos seus papéis vividos em família. Acredito que o mesmo ocorre entre os voluntários do Pequeno Príncipe, pois nos depoimentos daqueles voluntários que já eram aposentados, freqüentemente expressaram a não necessidade de “estarem em suas casas o tempo todo”.

Em alguns casos, as pessoas que procuram o trabalho voluntário sentem que estão em dívida, seja com o Hospital, com a sociedade, com os familiares ou com o Divino, dentro de uma esfera católico-cristã, vendo o trabalho voluntário como sendo também uma “caridade”. Pode ser também o oposto disso, como as pessoas que relatam que estão muito bem em suas vidas e negócios, e por isto mesmo, precisam ajudar, pois se sentem em dívida por causa de sua boa situação. Portanto, as motivações para o trabalho voluntário apresentam várias diferenças. O que há em comum é que todos os relatos que pude ouvir levam à “necessidade de ajudar”.

Vejamos algumas falas dos voluntários numa reunião ocorrida no dia 8 de junho de 2005, apresentando-as na mesma ordem em que as pessoas falaram. Relato aqui apenas as falas mais expressivas e que mostram a construção de um pensamento simbólico, ou melhor, de um “ideário voluntário”.

1ª – Deise – 41 anos, dona-de-casa.

“[...] Meu filho desde que nasceu – hoje está com 12 anos – passou por 11 cirurgias e várias internações aqui, é uma promessa com o Hospital que eu tenho pelo carinho com que sempre fomos tratados aqui. [...] E eu falei para mim assim mesma que quando isto ficasse menos – que agora está bem menos – eu queria ser voluntária, queria ajudar, porque eu vejo a necessidade. [...] e também os voluntários que vieram até a mim fazer visita, fazer oração, dá consolo... Ah! Eu falei: eu tenho que retribuir isto.” (grifo meu)

2ª – Lucas – 21 anos, desempregado.

“[...] Sempre tive vontade de ser voluntário e acho que se a sociedade toda se desse um pouquinho disto, acho que iria melhorar muito, assim, o nosso país. [...] Como ela disse que quer retribuir, eu não tenho o que retribuir mas eu quero ajudar. [...] a alegria ajuda qualquer pessoa.” (grifo meu)

3ª – Glades – 54 anos, dona-de-casa.

“[...] Eu adoro crianças! Eu tenho paixão por crianças! E eu acho assim, se Deus deu pra mim, deu vida, deu saúde e Deus deu oportunidade, eu tenho que doar este tempo [...] Eu quero fazer para que alguém fique mais feliz, aqui, na guerra... e eu também! (risos)”. (grifo meu)

(...)

13ª – Marcondes – 28 anos, Designer Gráfico.

“[...] Nós estamos assim, procurando de toda maneira achar um trabalho para a gente fazer. E na verdade o que a gente está buscando é mais do que ajudar, é muito mais ser ajudado. A gente quer ser preenchida [...].” (grifo meu)

Estes quatro depoimentos explicitam as motivações para o trabalho voluntário e podem nos ajudar a ver como se dá a progressão destas reuniões. Quando as pessoas se apresentam e revelam os seus motivos, uma após outra, elas estão mais do que simplesmente narrando uma história pessoal, porque inserem em seus relatos, considerações sobre o trabalho voluntário em si. A construção das frases e as palavras utilizadas demonstram um processo de estruturação simbólica crescente, uma espécie de adequação de sentidos do que é ser “voluntário”, na busca de dar um único sentido ao “ser voluntário”. Como se as histórias pessoais construíssem uma história coletiva na busca de uma equiparação (ou formatação) simbólica das palavras/expressões como: “solidariedade”, “fazer o bem”, “ajudar”. Os voluntários parecem ligar estas palavras intimamente com a idéia de relações de troca entre aqueles que estão doando o seu tempo e trabalho com aqueles que recebem.

Os significados destas palavras assumem um papel fundamental, pois elas, a partir daquele momento, serão as expressões de que o “trabalho voluntário” pode ser considerado como trocas, os voluntários dão, mas também receberão algo das crianças e seus familiares e das demais categorias. É a construção de uma prática simbólica que podemos ver, no caso dos voluntários do Pequeno Príncipe, nestes encontros. É a idéia que “voluntário”, pelo menos no contexto do Hospital, significaria “troca” e não apenas o ato de dar tempo, trabalho ou sentimento.

Durante os encontros, as histórias de vida relatadas pelos voluntários parecem ter uma função argumentativa, que permitiria aos voluntários chegarem à conclusão de que o trabalho voluntário é um processo de troca (material e de sentimentos) através da dedução ao longo do tempo das narrativas, considerando-as como premissas verdadeiras e estariam construindo conceitos que deverão ser tomados como verdadeiros. Foi possível perceber que é isto que é reforçado, ao final dos depoimentos pelas coordenadoras do SVPP.

Dos relatos que ouvi quando os futuros voluntários negavam a existência da troca, mesmo após um dos voluntários chegar anteriormente a esta conclusão, constatei que as pessoas que negaram deixavam o serviço voluntário após alguns dias de trabalho ou, nem mesmo, começavam o trabalho junto com as crianças.

Quando observamos a ONG Grupo Pela VIDDA, nos deparamos com uma instituição cujos voluntários tem interesse direto e pessoal ligado ao objetivo da ONG, diferente dos voluntários do Pequeno Príncipe. Como também, com as voluntárias do Hospital São Lucas, Lavra Pinto apontou que o motivo para se tornar uma voluntária era, além de tempo disponível, ter tido câncer de mama e, num segundo momento, a realização de um curso de capacitação, provavelmente semelhante aos que os voluntários do Pequeno Príncipe são submetidos.

Ora, há vários relatos de pessoas que se colocavam em dívida com o Hospital, porém a demanda pela busca do trabalho voluntário no Pequeno Príncipe demonstrou ter outras razões, de fato, do que aquelas ligadas diretamente com a atividade do Hospital. Talvez não seja o caso de fazer uma oposição entre aqueles que possuem um sentimento de dívida e outros. Esta oposição é mais aparente do que real.

Nota-se, nos depoimentos aqui citados, que há um número significativo de pessoas que estão com algum problema financeiro ou estão desempregadas e, mesmo assim, desejam se tornar voluntários, ao invés de “resolver os seus problemas”. A partir deles, podemos pensar o trabalho voluntário, o que para eles pode ser uma espécie de sacrifício, ou seja, dar para poder receber. Isto é, ao se colocar na posição de doadores, estas pessoas estariam, simultaneamente, se colocando como potenciais recebedores de dons.

Desta forma, podemos unir dois pólos que pareceriam opostos e que conjugam e nos permitem ver aqui um exemplo sintético do dom. Deparamos-nos com aqueles que querem dar e aqueles que querem receber, ambos os tipos operacionalizando dentro da mesma lógica.

Também poderíamos dizer que a escolha por fazer trabalho seria uma “escolha livre”, dentro de uma gama de outras possibilidades e locais para a realização do trabalho voluntário, mas não desta forma que o trabalho voluntário se estabelece. Quando Millar⁷⁸ estudou as atividades voluntárias que ocorriam dentro de comunidades Maori, observou que, enquanto para o Ocidente a idéia de voluntariado está ligado a livre escolha, entre os Maori⁷⁹ a livre escolha, assim como o ato de dar, caridade e solidariedade são dirigidos mais para um senso de dever e obrigação, ligados à responsabilidade e aos arranjos de reciprocidade.

No momento do ingresso dos voluntários, quando se dá a construção do ideário voluntário, o que vemos é justamente a clarificação da existência de arranjos de reciprocidade quando a voluntária afirma:

“E na verdade, o que a gente está buscando é mais do que ajudar, é muito mais ser ajudado.” Marcondes, 28 anos, Designer Gráfico.

Freitas apontou que os trabalhos voluntários nos terreiros poderiam estar mais associados ao bem-estar e à auto-estima, do que propriamente à ajuda humanitária. A implantação de ações de ajuda mútua, distintas do universo religioso afro-brasileiro, passou a atender outras expectativas, como a da auto-estima de mulheres que passaram pelo trauma de um câncer de mama, por exemplo. A comparação nos faz refletir que as relações criadas pelos voluntários buscam elementos de troca e não de um dom

⁷⁸ MILLAR, Murray E. **A rationale for the application of ‘Gift-exchange’ paradigm to Volunteerism by Nonprofit organisations in Melanesian culture**. Horsley: 2004. Disponível em: <http://www.worldvolunteerweb.org/fileadmin/doc/old/pdf/2004/041011_aus_png.pdf>. Acessado em: 5 abr. 2005.

⁷⁹ É claro que é diferente do caso Maori, cujas ligações de quem ajuda e de quem é ajudado possui referências com o sistema de parentesco.

caritativo pleno, como pensado pela lógica católico-cristã da “caridade”, como apontou Freitas⁸⁰.

3.3 O TRABALHO VOLUNTÁRIO NO HOSPITAL

Os voluntários do Pequeno Príncipe executam tarefas bem específicas, como a recreação das crianças internadas, mas também executam atividades de divulgação coordenadas pelo Departamento de Marketing, “ajudando a gerar recursos e melhorar o atendimento às crianças enfermas”. Estes são monitorados pelo SVPP, que possui a responsabilidade de recrutar, selecionar, treinar e supervisionar os voluntários dentro da Instituição e nas atividades que envolvem a imagem do local, além da arrecadação de recursos, através da venda de produtos sociais criados pelo Hospital e, principalmente, na recreação das crianças internadas ou que vão ao Hospital para consultas e/ou exames. O SVPP é responsável também por receber as doações de todas as espécies, pela organização das festividades e eventos promovidos para as crianças, em conjunto com o Departamento de Marketing – ao qual está subordinado.

O SVPP conta ainda com a Oficina de Trabalhos Manuais, composta exclusivamente por mulheres, a maioria com mais de 50 anos, que se reúnem uma vez por semana para fazer costuras de roupas para bebês para serem doados ao Hospital ou vendidos em bazares beneficentes. Este grupo, com algumas exceções, se relaciona pouco com os outros voluntários e na prática possui uma estrutura independente, inclusive financeiramente, do SVPP e, por estas razões, não fizeram parte ativa desta pesquisa.

Entre os voluntários pode existir pessoas que devem cumprir penas alternativas, porque foram condenadas criminalmente a cumprir um determinado número de horas com trabalhos comunitários. A seleção destas pessoas, realizada por psicólogas do

⁸⁰ FREITAS, Ricardo Oliveira de. Quando o voluntariado é axé: a importância das ações voluntárias para a caracterização de uma religião solidária e de resistência no Brasil. In: **Seminário Religião, Ação Social e Cultura Cívica**, 2005, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.iser.org.br/publique/media/texto_ricardo_freitas.pdf> . Acessado em 20 jun. 2006.

SVPP, é criteriosa, o controle da frequência é rigoroso e informado ao Ministério Público. Durante o tempo de pesquisa, só encontrei um caso e esta pessoa, por vontade própria, não interagiu com os demais voluntários (inclusive comigo, como pesquisador) e o seu trabalho no Hospital era diferenciado. Ao invés de trabalhar com as crianças, esta pessoa preferiu ajudar na segurança, no controle de acesso das pessoas às enfermarias do Hospital. O que ela fazia não era trabalho voluntário, era um trabalho obrigatório determinado pelo Poder Público, como pena alternativa por um crime. Talvez seja por isto que ela mesma tenha optado por uma atividade diferente daquela que é realizada pelos voluntários do Pequeno Príncipe.

O registro da frequência dos voluntários e a cobrança da pontualidade são normas do SVPP. Além disso, todos devem se apresentar devidamente uniformizados com aventais amarelos e com uma identificação própria com foto (crachá que é cedido pelo Hospital). Segundo o SVPP, o uso do uniforme permite que os médicos, funcionários e pacientes reconheçam o voluntário com facilidade, e também, funcionam como uma medida de segurança, porque, apesar de terem livre acesso a quase todas as áreas do Hospital, existem limitações no que se refere ao horário de visita e atividades médicas. O horário dos voluntários é limitado ao “Horário de Visita”, estipulado pelo Hospital. Caso um voluntário deseje se desligar do programa, ele deve fazê-lo formalmente e devolver a sua identificação. Isto reforça, novamente, a existência de uma relação contratual com os voluntários.

No Pequeno Príncipe, as principais razões apontadas para deixarem o trabalho voluntário foram por terem começado a trabalhar, gravidez (da pessoa ou de um parente próximo) e falta de tempo de uma maneira em geral. Diferente do que acontece no Hospital São Lucas, cujos motivos estariam ligados ao choque emocional de ver a realidade de um hospital que atende pelo SUS e com os dramas vividos pelas pacientes fora do Hospital. No Pequeno Príncipe, uma das razões que podem manter o voluntário em seu trabalho são justamente os dramas com os quais eles se deparam.

As relações com os demais funcionários do Hospital Pequeno Príncipe também são limitadas. Por exemplo, aqueles que fazem parte do grupo de voluntários do SVPP, são proibidos de consultar médicos para quaisquer dúvidas pessoais ou fazer

campanhas políticas e religiosas dentro, o que não quer dizer que isto não ocorra, como em situações emergenciais ou mesmo como um favor a terceiros (filhos e netos).

A relação com os pacientes e seus parentes também possui regras claras. Para não interferir nos tratamentos dos pacientes, os voluntários são “proibidos” de questioná-los sobre as suas doenças e, caso estes falem espontaneamente, os voluntários devem apenas ouvir sem tecer qualquer opinião a respeito. Porém, o interesse específico por uma ou outra criança faz com que o grupo de voluntários pareça uma “rede de informação”. As informações sobre o estado de saúde das crianças transitavam com extrema facilidade entre os voluntários. Era comum um voluntário, ao chegar para o seu turno, perguntar ou se informar sobre o estado de uma ou outra criança, principalmente no caso daquelas que ficaram internadas no Hospital por um longo período de tempo ou em estado terminal. Em um caso específico, de uma criança que estava internada há vários anos, as informações sobre o seu estado de saúde ultrapassavam os muros do Hospital. Com frequência, voluntários telefonavam ao SVPP ou diretamente para algum de seus colegas, em busca do “boletim médico”, especialmente, nos últimos dias de vida desta criança, que possuía uma doença degenerativa.

Por determinação do Hospital, as atividades dos voluntários com os pacientes são de recreação, ou seja, eles não devem trocar fraldas ou dar mamadeira⁸¹, muito menos participar de qualquer procedimento médico, por mais que possuam treinamento. Isto porque, segundo o SVPP, o Hospital deseja que os pacientes associem as voluntárias a coisas “positivas” e não “negativas”, como são percebidos os sofrimentos dos tratamentos médicos. Oferecer alimentos ou bebidas aos pacientes só pode ser feito com autorização médica e com o consentimento da enfermeira-chefe.

Todas as informações sobre os pacientes são sigilosas e, portanto, os voluntários não podem comentar com outras pessoas e não se pode privilegiar este ou aquele paciente, como também não podem trocar endereços com as famílias dos pacientes. O que se espera dos voluntários é que prestem um serviço de recreação

⁸¹ A exceção nestes dois casos pode ser dada quando o voluntário já está no Hospital há muitos anos e demonstra ter algum conhecimento técnico, como por exemplo, ser uma enfermeira aposentada.

“profissional”, respeitando os desejos e limitações dos pacientes, dentro de normas legais⁸². Porém, toda regra tem a sua exceção. Clara, 55 anos, corretora de imóveis⁸³ começou a fazer trabalho voluntário com a iniciativa de sua irmã, também voluntária. Ela se lembra do dia exato em que começou o trabalho voluntário, pois, neste dia, 25 de outubro de 2004, conheceu uma das crianças que era tratada na enfermaria da oncologia e com a qual estabeleceu uma relação de intenso convívio, inclusive presenteando-a com um celular no dia do seu aniversário, para poderem manter um contato direto.

O convívio com as crianças que fazem tratamentos prolongados, bem como o contato com seus familiares, acaba por ser mais intenso, pois as crianças precisam de longos períodos de internamento e, conseqüentemente, o convívio com os voluntários torna-se mais freqüente. Com isto, algumas regras de limitação da relação entre as crianças e os voluntários podem ser esquecidas ou mesmo desconsideradas.

Para Clara, seu trabalho como voluntária não é apenas para as crianças, mas também para os pais, que sofrem com a doença de seus filhos:

“Aqueles (pais de pacientes da hematologia) querem desabafar bastante. É uma carga muito grande de saber que a doença volta. Você sai daqui do Hospital, vai embora e daí, de repente, ela torna a voltar novamente. E ela volta à luta de fazer quimioterapia. Então, eu acho bastante gratificante você poder acalmá-los... assim... é bem-bom.” Clara, 55 anos, Corretora de Imóveis.

O depoimento da Clara lembra que não se deve ignorar que o trabalho dos voluntários não atinge apenas as crianças, mas também os seus familiares. As trocas simbólicas não ficam apenas na relação voluntário-paciente. A relação que os voluntários têm com os pais é principalmente de apoio e orientação. Não foram raras

⁸² O primeiro artigo da Lei nº 9608, descreve o serviço voluntário como atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade. O serviço voluntário não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim.

⁸³ Nomes fictícios foram utilizados para preservar a identidade de todos os voluntários.

as vezes que os pais de pacientes preferiram pedir aos voluntários alimentos, roupas ou mesmo tratamentos clínicos ao invés de recorrer às enfermeiras, a quem cabe esta responsabilidade. Eu, por algumas vezes, fui questionado por alguns pais se era “funcionário do Hospital” e qual era o meu papel lá.

Ouvir os lamentos dos pais também é considerado para os voluntários do Hospital como uma atividade de grande importância. Foi possível perceber que os voluntários, muitas vezes, se consideram como uma “válvula de pressão” para os pais, tensos com o estado de seus filhos. Gestos como a mão no ombro, sorrisos afetuosos e frases de esperança como “*vai dar tudo certo*” ou “*ela vai ficar boa, confie na força dela*”, tem um efeito imenso na moral dos pais e, conseqüentemente, isto parece aumentar o respeito e atenção dos pais para com os voluntários. Nesse sentido, seja através do SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) ou mesmo pessoalmente, no SVPP, vários pais fazem questão de deixar o seu agradecimento ao apoio dado pelos voluntários durante o período que estiveram com os seus filhos no Hospital.

Assim, o ato de “trazer a felicidade” para as crianças, principalmente em estágio terminal, é para Clara uma experiência muito gratificante.

“Eu não vim ao aniversário dela, mas a minha irmã fez o aniversário. Você fica com aquela preocupação. – Olha, eu vou mandar o bolo, vou mandar brigadeiro. Você manda isto, você manda aquilo e vamos fazer a festinha dela. [...] Você fica com aquela preocupação de fazer ela um pouquinho feliz. Sabe? E você não sabe até quando. E não sabe se você vai ter outro dia pra fazer uma festa. Pra trazer felicidade. [...] Não tem o que pague isto”. Clara, 55 anos, Corretora de Imóveis.

Ela me relatou o caso de uma criança, já terminal, que queria “Yakult e Coca-cola”. No dia seguinte ao pedido da criança, ela, já de manhã, pediu ao seu filho, que também é voluntário no Hospital, levar o que a criança pediu. Na semana seguinte, esta criança faleceu. Ter “levado a felicidade” para esta criança em seus últimos dias de vida foi para Clara uma experiência que lhe trouxe muito contentamento. “Levar felicidade” para a criança terminal, carrega consigo uma experiência que é desejada pela voluntária.

Ou seja, para Clara, a criança não deveria passar por experiências desagradáveis e sofrimentos decorrentes de doenças. O “levar a felicidade” para as crianças parece ser uma tentativa de levar uma concepção idealizada de infância como uma etapa do curso da vida⁸⁴ “naturalmente” saudável, onde a doença não estaria presente. Conseguir isto, mesmo por breves momentos e/ou através de gestos como o de levar algo que a criança pediu, é o que traz gratificação para Clara.

É interessante observar que as regras determinadas para os voluntários, descritas anteriormente e que constam do “Manual do Voluntário”, parecem servir apenas como um norteador e não são rigidamente seguidas. Se em um primeiro momento há um controle sobre a alimentação das crianças, ou como deve ser a relação entre os voluntários e as crianças, no relacionamento cotidiano estas regras são “esquecidas”, em prol do que os voluntários consideram importante para as crianças e também para eles, ou seja, a “felicidade das crianças” é mais importante que o cumprimento rígido das regras. A flexibilidade parece ser necessária para melhor adaptação dos voluntários, permitindo, de alguma forma, que os voluntários recebam um retorno e valorização de seu trabalho por parte do Hospital.

No dia-a-dia do Hospital, ao chegar, os voluntários apresentam a sua identificação na portaria e se encaminham ao SVPP. Lá, os voluntários costumam cumprimentar a todos, deixam seus pertences em um dos armários, colocam os seus aventais amarelos e numa cesta igual àquelas de supermercados, começam escolher o que irão levar para as crianças. O ambiente é geralmente descontraído. Aliás, foi outro motivo valorizado pelos voluntários: enfatizar que *“as pessoas que fazem trabalho voluntário parecem estar sempre bem, felizes, e deixam os seus problemas fora do Hospital”*.

⁸⁴ FEATHERSTONE, Mike. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: **Textos Didáticos**, IFCH/UNICAMP, 1 (13): 49-71, mar. 1994.

FIGURA 10 – VOLUNTÁRIA COM SUA CESTA DE MATERIAIS EM UMA DAS ENFERMARIAS



Fonte: Joseane Zachi Daher – acervo do Hospital Pequeno Príncipe.

Na sala dos voluntários estão disponíveis revistas de todos os tipos, revistas em quadrinhos, papéis, desenhos para colorir, lápis, lápis de cor, giz de cera, tesoura, colas, pranchetas de apoio, entre outras coisas. Há também diversos livros infantis que podem ser emprestados às crianças ou, então, usados para leituras de histórias. Um item quase fundamental, que está nas cestas dos voluntários, são os lápis de cor e desenhos para colorir, que é o mais pedido pelas crianças. Caso o voluntário quera levar algum brinquedo, há um depósito com vários tipos, incluindo jogos de tabuleiros, separados por idade e gênero e devidamente higienizados.

Após escolher o que utilizará, os voluntários se informam para onde vão ou perguntam para onde devem ir ou qual enfermaria ainda não foi visitada. Como atualmente há um grande número de voluntários, estes podem escolher onde trabalhar. Podem escolher ficar na Praça do Bimbinha, com as crianças que vêm de todos os Estados para consultas e exames. Há também a “Brinquedoteca”, um espaço exclusivo para brinquedos e brincadeiras, atendendo às crianças que podem se locomover, ou então, escolhem uma das enfermarias do Hospital. Alguns voluntários ainda visitam a

UTI geral e outras a enfermaria de doenças infecto-contagiosas, porém, para estas áreas, é preciso que os voluntários façam treinamento complementar.

FIGURA 11 – VOLUNTÁRIA FAZ ATIVIDADE COM UMA CRIANÇA NA PRAÇA DO BIBINHA



Fonte: Acervo do Hospital Pequeno Príncipe.

Além do material usual disponibilizado pelo SVPP, alguns voluntários desenvolvem atividades diferenciadas com as crianças. Tais como confecção de pipas, móveis, colares e pulseiras, dobraduras de papel e contos de histórias. Os voluntários que promovem estas atividades acabam por se sobressair perante os demais. Como se obedecessem a lógicas de mercado, estes voluntários criam um diferencial para as crianças, para o SVPP e para os outros voluntários também. Recebem maior visibilidade e respeitabilidade. O dar de “maneira diferenciada” torna-se um mecanismo de formação de status através do qual podemos ver como um empenho a mais por parte destes voluntários.

FIGURA 12 – CRIANÇA MOSTRA O MÓBILE FEITO COM PALITOS DE PICOLÉ, CONFECCIONADO COM A AJUDA DA VOLUNTÁRIA



Fonte: Acervo do Hospital Pequeno Príncipe.

Outro mecanismo de formação de status entre os voluntários, e que pude observar, foram as estrelas nos crachás de identificação. Inspirada num programa do Lyons Club, uma das coordenadoras do SVPP, procurando incentivar a presença constante dos voluntários e diminuir o número de faltas, criou um programa que premiava os que não faltavam com uma estrela adesiva prateada, que era então colocada no crachá. Compreensível apenas pelos voluntários e não percebida pelas demais cores (categorias) do Hospital, com exceção, é claro, dos funcionários do SVPP. O número de estrelas apresentava para os demais quais seriam os voluntários mais assíduos. Um símbolo de status que foi utilizado com frequência nas conversas mais animadas entre os voluntários, para questionamento ou imposição de status, sempre através de brincadeiras, entre risos e sorrisos.

Tanto as estrelas como o trabalho voluntário diferenciado (algo que vai além da simples distribuição de brinquedo, revistas e desenhos para colorir) funciona como símbolos de distinção entre os voluntários e, em alguns casos, no contexto do Hospital também. Além de servir para a criação de laços de sociabilidade entre eles.

Concordo com Lavra Pinto quando ela afirma que o trabalho voluntário cria, para os voluntários, novos espaços físicos e sociais, onde são geradas redes de sociabilidades que vão além dos limites onde são realizados os trabalhos voluntários, através da organização de festas e jantares, seja para confraternização ou para arrecadação de fundos.

O mesmo ocorre com os voluntários do SVPP que, além das atividades ligadas ao Hospital, organizam animadas reuniões, jantares e excursões turísticas. Expandem as suas relações para além do Hospital e incorporam novos elementos agregadores, além do interesse pelo bem-estar das crianças doentes do Hospital Pequeno Príncipe. Porém, estas atividades não são aderidas por todos. Em geral, apenas aqueles que têm vários anos de atividade no Hospital e com mais de 50 anos fazem parte destas atividades.

O “ensinar o que sabe aos demais” também gera laços de sociabilidade e de status. Quando um observa a atenção dada pelas crianças à atração diferente, como a confecção de uma pipa, por exemplo, quase que imediatamente surge solicitação para que aquele diferencial seja passado/ensinado aos demais.

O conhecimento de um procedimento diferente que pode ser aplicado com as crianças é reconhecido e valorizado, dando àquele que detém tal conhecimento maior status de respeitabilidade entre os voluntários, podendo, inclusive, ser convidado a ministrar palestras e cursos para os demais em datas especiais, como na Semana de Capacitação de Voluntários, que ocorre todos os anos no mês de setembro, promovido pelo SVPP.

É um processo mútuo de solidariedade e distinção, pois de um lado, o valor daquele voluntário é reconhecido e, de outro, passar o conhecimento aos demais é visto como um ato de solidariedade para com os colegas e também para com as crianças, pois é considerado que elas serão beneficiadas com tal ato.

Estar “bem vestido” também pareceu ser importante, mas o conforto é mais. As roupas que os voluntários escolhiam para as suas atividades no Hospital traduziam a sua preocupação com as crianças, pois procuravam usar roupas sem objetos pontiagudos, que pudessem machucar as crianças. Praticamente não há o uso de jóias,

principalmente anéis e colares, que são retirados antes de se começar os trabalhos. Os anéis podem acumular sujeira e serem foco de transmissão de doenças, bem como os colares que podem ir às mãos e nas bocas das crianças de menor idade e serem igualmente perigosos.

Tudo isto, bem como a bagagem de conhecimento prático, são elementos de diferenciação interna que servem para mapear e enquadrar os indivíduos nas categorias “voluntários veteranos” e “voluntários novos”. Com o crescimento da participação dos homens, valoriza-se também a sua forma de interação com as crianças do mesmo gênero. Não encontrei no conjunto dos voluntários uma distinção por classe social, até porque a sua grande maioria goza de condições de classe média e classe média alta.

Se compararmos com o estudo realizado no Hospital São Lucas, podemos encontrar pessoas cujos filhos foram tratados no Hospital, bem como há pessoas que desejam ser úteis em suas aposentadorias, só que nós não podemos fazer o mesmo tipo de classificação que Lavra Pinto construiu (entre “atingidas pela doença” e “não atingidas”), dada a maior diversidade que encontramos no Hospital de crianças.

Existem muitas outras razões apontadas pelos voluntários do Hospital Pequeno Príncipe. Devido a grande rotatividade de voluntários no Pequeno Príncipe, a distinção mais pertinente é entre os “voluntários veteranos” (com mais de 2 anos de voluntariado) e os “voluntários novos”. A categoria “voluntário” não pode ser considerada como homogênea. Há muitas diferenças entre aqueles que fazem parte do SVPP – donas-de-casa, aposentados, jovens e empresários, entre outros. O tempo de permanência nesta atividade é que produz uma diferença interna significativa entre os “voluntários veteranos” e os “voluntários novos”. Bem como, entre os “voluntários veteranos”, é necessário distinguir aqueles que executam um trabalho diferenciado na recreação, devido à notoriedade que adquirem dentro do grupo e maior atenção que recebem dos funcionários do Hospital.

Trabalhando inicialmente em duplas, os voluntários fazem a sua higienização e partem para as enfermarias. A forma como cada um trabalha é muito particular. Há aqueles que se preocupam em atender todas as crianças de uma enfermaria. Outros se

concentram apenas num dos quartos (entre 2 e 4 crianças, alguns quartos podem ter até 6 crianças), ou ainda mesmo em apenas uma criança.

Com o fim do período de trabalho, era de praxe recolher todo o material distribuído para as crianças, para serem disponibilizados aos próximos voluntários e, em seguida, para outras crianças. Isto é, a entrega do material era condicional. As crianças não ganhavam os lápis de cor, pranchetas, brinquedos e gibis. Tais materiais eram apenas “emprestados” e os voluntários ensinavam as crianças que elas não tinham posse destes materiais⁸⁵.

Não é possível dizer que existe necessariamente uma troca de material por algo não material (sentimento). O que se dá e o que se recebe podem ser a mesma coisa, pois são sentimentos. O que há é uma troca de sentimentos, onde o que é matéria é usada como um influenciador (ou catalisador) para que haja a dádiva. Ou seja, ao “emprestar” jogos, revistas e lápis coloridos, estes materiais acabam por permitir o início da relação dos voluntários com as crianças enfermas. Por ser algo que não é dado, e sim emprestado, a “negociação” que se tem transcende a materialidade da coisa, isto para os voluntários. O que se espera das crianças não é algo material, mas o que os voluntários oferecem inicialmente é algo material, mas condicional. É na troca de demonstração dos sentimentos que se encontra o processo de negociação entre os voluntários e as crianças. Nesse sentido, as experiências dos voluntários com as crianças podem ser consideradas nos termos de Lévi-Strauss, quando este autor afirma que *na troca há algo mais que as coisas trocadas*⁸⁶.

É claro que o recolhimento dos objetos e brinquedos é também negociável. Como hábeis “negociadoras”, as crianças conseguem com que os voluntários deixem uma ou outra coisa, com a promessa de que serão entregues aos próximos voluntários. São boas “negociadoras” porque, caso as primeiras tentativas não derem certo, ameaçam “tirar” aquilo que é buscado pelos voluntários, aquela sensação de que são necessários e desejados, de serem queridos pelas crianças, ou melhor, “a felicidade

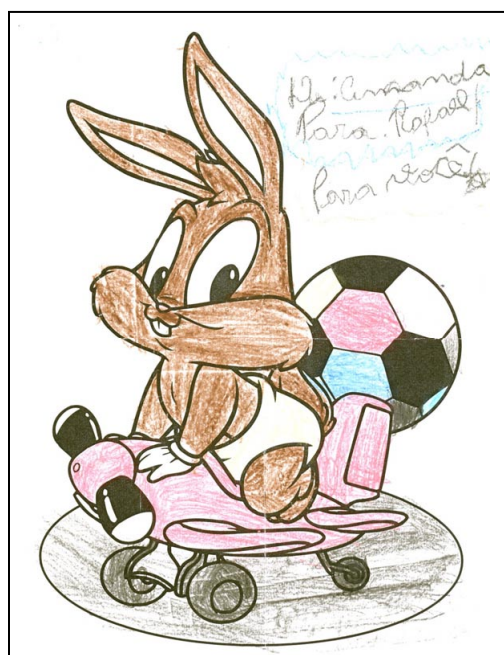
⁸⁵ Com exceção dos objetos confeccionados por elas, como os desenhos, pipas, etc., o que pode acontecer é solicitarem às crianças que cedam estes para serem expostos.

⁸⁶ LÉVI-STRAUSS, 2003: 99.

levada às crianças”. Esta ameaça pode ser traduzida em rostos amargurados, ranzinzas e choro (a última “arma de negociação” destas crianças).

Freqüentemente os voluntários, ao final do seu período de trabalho, se encontravam no SVPP e contavam as suas experiências com as crianças naquele dia. Comentavam como elas reagiam, como se expressavam, como elaboravam pensamentos e argumentos “inteligentes”, mais esperados de adultos do que delas. Os gestos de carinho, como solicitação de beijos e abraços⁸⁷ e presentes fabricados pelas crianças para os voluntários pareciam trazer uma comoção maior ao grupo.

FIGURA 13 – DESENHO PINTADO POR UMAS DAS CRIANÇAS INTERNADAS E PRESENTE DADO COMO PRESENTE AOS VOLUNTÁRIOS



Fonte: Autor.

O histórico de vida das crianças, desde a sua origem, causas e tratamentos das doenças, parece ser outro ponto que chamava a atenção dos voluntários. Quanto mais

⁸⁷ Isto era mais freqüente com as voluntárias do que com os voluntários homens. Gestos de carinho com beijos e abraços eram muito mais freqüentes com as mulheres do que com os homens, inclusive com os profissionais da saúde do Hospital. Os homens sempre se demonstraram muito mais distantes com relação ao contato físico do que as mulheres.

difícil for a condição sócio-econômica das crianças e os problemas de saúde que as levavam ao Hospital, maior era a atenção dada pelos voluntários. Um caso que podemos citar foi o caso de uma paciente da oncologia.

De origem humilde, foi deixada sozinha pela família no Hospital para o tratamento em meados de agosto de 2005. Esta criança, sem roupas de inverno, era normalmente acompanhada pela avó. Porém, sua avó estava doente, internada noutro hospital. A menina, em torno de 4 a 6 anos, apenas chorava e não queria qualquer tipo de distração. Apenas pedia colo a qualquer um disposto a dar. Entre os voluntários, em especial aqueles que freqüentaram a oncologia, este caso gerou comoção, não apenas pela suas dificuldades, mas também pelo desejo de receber carinho. Os voluntários se mobilizaram para que a menina recebesse roupas adequadas e não fosse deixada sozinha durante o tempo que os voluntários pudessem estar no Hospital.

É justamente a tristeza das crianças, causada pelo desconforto e estranhamento do Hospital, que os voluntários se dedicam a amenizar ou mesmo eliminar. Seu interesse pelas crianças, o seu bem-estar e o histórico de vida que os levaram ao Hospital, demonstram a presença do dom de maneira pulsante, como também há aí relações outras, onde as crianças não são apenas um “meio” pelas quais os voluntários desejam trocas dádivas com o meio religioso, ou melhor, de caridade. *“É dando as crianças que damos a Deus”*, uma voluntária comentou comigo.

Não podemos negar a importância dos preceitos religiosos na prática voluntária do Pequeno Príncipe. Apesar de mais de 70% dos voluntários da Instituição declararem-se católicos durante a pesquisa de campo, foi possível constatar que, aqueles que eram voluntários a mais tempo na Instituição e que tinham maior visibilidade e status dentro do grupo, eram em sua maioria espíritas, que compartilhavam os mesmos princípios kardecistas apontados por Freitas em sua pesquisa. Enquanto a lógica católica nega a excelência da troca, na visão dos voluntários, como o espiritismo, aparentemente, a troca é aceita e estimulada. Vale a pena comentar que os voluntários não fazem uso das diferentes religiões como meio de distinção dentro da sua categoria, apesar dos depoimentos revelarem influências do catolicismo: *“É dando às crianças que damos a Deus”*. Até porque as práticas

religiosas não são incentivadas (leia-se proibidas) pelo SVPP. Há serviços religiosos no Hospital, feito por pessoas ligadas à Igreja Católica e Igrejas Protestantes, mas estas não fizeram parte do grupo pesquisado.

Contudo, a religião não pode ser vista como determinante categórico na busca do trabalho voluntário, apesar de não ser possível negar que há uma certa religiosidade difusa no meio. Das que acompanhei desde o seu ingresso no Hospital, poucas foram os voluntários que, no curso de capacitação, indicaram elementos com base religiosa para argumentar o seu desejo de fazer parte do SVPP. Como por exemplo:

“Exercer a caridade e solidariedade cristão.” Jorge, 57 anos.

“Porque eu quero doar um pouco de tudo aquilo que Deus me deu de graça, principalmente amor.” Claudete, 55 anos.

“Para retribuir um pouco da generosidade que Deus teve comigo.” Vanessa, 34 anos.

O mais recorrente foram depoimentos que apontavam outros fatores para o interesse pelo trabalho voluntário do Pequeno Príncipe, como por exemplo:

“Meu filho desde que nasceu (hoje está com 12 anos) passou por 11 cirurgias e várias internações aqui, é uma promessa com o Hospital que eu tenho pelo carinho com que sempre fomos tratados aqui.” Márcia, 42 anos.

“É a melhor forma de ocupar o tempo disponível, ajudando o próximo.” Alcione, 58 anos.

“Sou mãe, adoro crianças e quero ser prestativa, principalmente com crianças que estão necessitando de atenção e carinho.” Silvia, 30 anos.

Diferente do Pequeno Príncipe, a ação das voluntárias do Hospital São Lucas teve início em 1994, incentivada por um grupo de médicos. As convidadas a fazer parte deste serviço de assistência e apoio eram, em sua totalidade, mulheres que

passaram pelo trauma do câncer de mama ou pessoas ligadas a quem teve a doença. Com o passar dos anos e o bom andamento dos trabalhos, a Associação expandiu a sua atuação para outros setores do Hospital. O primeiro foi justamente o setor de pediatria, onde seriam organizadas festas no Dia das Crianças, Páscoa e Natal, porém Lavra Pinto não entra em maiores detalhes.

No Pequeno Príncipe o voluntariado já estava presente nos seus primórdios. O seu nascimento se deu pela ação voluntária e a receita sempre foi direcionada para o Hospital como um todo, incluindo o setor de voluntariado. Já no São Lucas, a Associação não faz parte do Hospital. Sua renda vem de doações fixas e esporádicas, venda de produtos e festas beneficentes.

Segundo Lavra Pinto, a decisão de participar do trabalho voluntário seria individual, espontânea e as suas motivações podem ser as mais diferentes, como também estariam ligadas a um acontecimento ou momento em especial, dependendo das trajetórias de vida de cada um. No Pequeno Príncipe, isto também ocorre.

Quando a autora dividiu as voluntárias em dois grupos: as atingidas pela doença e as não atingidas, observou que aquelas que foram atingidas pelo câncer de mama teriam a vontade de ajudar as outras mulheres que passam pelos mesmos problemas, mas não possuem condições financeiras e emocionais para pagar pelos tratamentos. Elas estariam retribuindo o que elas mesmas receberam quando eram pacientes e tal sentimento seria despertado, muitas vezes, quando foi feito um convite por parte das voluntárias. Já as que não foram atingidas pela doença procurariam fazer o trabalho voluntário como uma atividade para preencher o seu tempo. Ou seja, senhoras aposentadas, com filhos e netos adultos e cuja presença em suas casas, em tempo integral, já não é mais necessária. Seriam indivíduos dispostos a ajudar, que desejam “serem úteis”, mas sem o mesmo compromisso de horários.

Apesar de haverem desistências no Hospital São Lucas, um dos pontos que levaria a continuação do trabalho voluntário seria o de assumir o compromisso com os pacientes, além do sentimento de que o seu trabalho é valorizado e que estaria auxiliando no tratamento das doentes. As desistências, pelo menos das visitas às pacientes, seriam promovidas principalmente pelo choque emocional de ver a

realidade de um Hospital que atende pelo SUS, bem como os dramas vividos pelas pacientes fora do Hospital.

Composta de mulheres com faixa etária que vai de 45 a 70 anos, formada por donas-de-casa ou aposentadas, enquanto que no Pequeno Príncipe a diversidade é muito maior, Lavra Pinto teve a feliz oportunidade de acompanhar estas mulheres em dois momentos: no surgimento da Associação e três anos mais tarde, em 1997. No primeiro momento, quase todas as voluntárias tinham alguma experiência com câncer. Três anos mais tarde o quadro se inverteu totalmente, porém a Antropóloga não explora as razões que levaram a esta mudança.

Lavra Pinto revelou em seu estudo que estas mulheres, ao fazerem o trabalho voluntário, remetiam a uma naturalidade ligada aos papéis de mãe e esposa, pois o trabalho voluntário fora descrito como uma doação espontânea.

No Hospital São Lucas, o trabalho das voluntárias é baseado nas visitas às doentes para oferecer ajuda no que for necessário, acompanhar pacientes em exames, conseguir recursos para o pagamento de medicamentos e exames não contemplados pelo SUS e auxílio no transporte, para que o tratamento não seja interrompido. Desta forma, as voluntárias teriam criado novas formas de espaços físicos e sociais, estendendo as relações para além da Associação, ainda mais com os eventos de conscientização sobre o câncer de mama (auto-exame) e na arrecadação de fundos.

Para essas voluntárias, o trabalho traria uma compensação a qual a doação financeira não teria. Cria-se uma relação de troca com os pacientes, cujo retorno estaria justamente nas demonstrações de sentimento de afeto, respeito e carinho por parte dos pacientes. Não deixa de ser, então, um processo de ajuda mútua, como no caso dos Alcoólicos Anônimos, porém a razão pela qual há esta troca de sentimentos não é a mesma para cada uma das partes. Enquanto no AA, o envolvimento com outros membros poderia gerar certa vergonha nos demais círculos de convivência, no Hospital é a superação da vergonha causada pelos efeitos do câncer que se procura superar através da intensa relação.

Há a preocupação por parte das voluntárias, quando visitam às pacientes, em não entrar em detalhes sobre a situação clínica, para não gerar transtornos, falsas

esperanças e, até mesmo, quadro de depressão. As conversas não são impostas às pacientes, é dado o espaço para a recusa, mas sempre deixando uma “porta” aberta para que as relações de troca se concretizem.

As semelhanças com os voluntários do Pequeno Príncipe podem ser muitas, mas mesmo se tratando de atendimento aos doentes, há diversas particularidades que fazem com que cada experiência possa ser percebida como única. Enquanto a Associação do Hospital São Lucas procura dar apoio no sentido de auxiliar na marcação de consultas e exames; acompanhamento nos tratamentos de radioterapia e quimioterapia; pagamento de exames e remédios não fornecidos pelo SUS e no transporte após a alta, os voluntários do SVPP se concentram apenas com a recreação das crianças. É claro que ao constatarem as necessidades de alguma criança, eles informam o Hospital para que este tome as providências necessárias. Apenas num caso ou outro, voluntários fizeram doações para alguma criança doente específica, mas estas doações eram sempre feitas através do SVPP. Todas as demais solicitações de ajuda eram feitas pelos pais e responsáveis pelas crianças, e estes eram encaminhados para os setores encarregados, geralmente para o Serviço de Assistência Social.

As relações dos voluntários do Pequeno Príncipe são determinadas contratualmente, controladas por um departamento exclusivamente criado para isto e que está subordinado a outro, o Departamento de Marketing, que tem entre as suas atribuições, cuidar da relação do Hospital com a sociedade. Podemos imaginar que os voluntários podem ser tomados pelo Hospital como parte de sua relação com a sociedade, sejam como força de trabalho, sejam como um “mecanismo mercadológico” de visibilidade.

Enquanto as voluntárias do Hospital São Lucas são vistas pelas pacientes como protetoras e intermediárias, este papel só é assumido pelos voluntários do Pequeno Príncipe quando são interpelados pelos pais e responsáveis pelas crianças, isto quando não são vistos como “funcionários” do Hospital e consideram a recreação como sendo mais um serviço prestado pelo Pequeno Príncipe e não algo proporcionado por um grupo de pessoas que trabalham sem “remuneração”. Os voluntários estão dentro da

hierarquia do Hospital, tanto que o SAC é responsável por receber sugestões, dúvidas e elogios também em relação aos voluntários⁸⁸.

Aliás, a cobrança que as crianças fazem pelos serviços de recreação, além da presença dos voluntários, era tomada por estes como um retorno positivo de que o seu trabalho era valorizado. Ter uma criança com o rosto emburrado, exigindo a presença de voluntários em seu quarto era percebido pelos voluntários como uma das maiores retribuições que elas poderiam ter.

3.4 OS VOLUNTÁRIOS E AS RELAÇÕES DE TROCA

Quando as pessoas procuram o Hospital para realizar trabalho voluntário, são inseridas através de toda uma seqüência de etapas, o preenchimento do cadastrado, os primeiros encontros obrigatórios, a adesão através de um contrato e o acompanhamento nos primeiros meses de trabalho; regulamentada pelo Hospital e regida pela lei. A relação que o Hospital tem com os voluntários é uma relação contratual, que estabelece as regras e as obrigações de ambos os lados. Os voluntários não são livres, tanto no que diz respeito ao que se dar e nem como dar.

Quando Mota versa sobre os Alcoólicos Anônimos, vemos que o trabalho voluntário poderia ser tomado por alguns como estando fora da lógica de mercado. Godbout, em quem Mota se inspira, apresenta os AA como grupos de ajuda mútua, marcados pela reciprocidade e que têm atuação direta nos problemas considerados mais graves na sociedade atual⁸⁹.

Quando Godbout reflete sobre a dádiva voluntária, considera que o principal motivo que levaria as pessoas para as ações voluntárias, seria o fato que aquilo que as pessoas recebem do seu convívio familiar e dos meios em que estão envolvidos seria muito e, assim, desejam retribuir um pouco o que recebem. Os voluntários sentiriam

⁸⁸ Exemplos do serviço do SAC do Hospital podem ser vistos nos Anexos 4 e 5, p. 133-134.

⁸⁹ Estes problemas foram mapeados por Godbout como sendo o alcoolismo e toxicomania, depressão, violência, situações de crise, fase terminal de doenças problemas de rejeição pela sociedade (AIDS).

uma obrigação para com as pessoas que ajudam, porém sempre enfatizam a liberdade da escolha de tal atribuição. Outro ponto é o prazer como motivação, distinguindo-se assim dos profissionais e do Estado, como também se afastaria do conceito de beneficência identificada como caridade e com as obrigações religiosas.

“[...] as pessoas que fazem trabalho voluntário o fazem por prazer e retiram disso mais do que dão, até mesmo no caso dos grupos onde o serviço prestado é unilateral e não recíproco.” (Godbout, 1999:92)

O aspecto unilateral da ação e não-recíproco apontado por Godbout diz respeito apenas ao aspecto do trabalho não-remunerado, ou seja, sem um retorno material. É possível concluir que, então, sempre que Godbout fala em dádivas caritativas, unilaterais ou gratuitas, concentra-se no detalhes de que não é um ganho material (ou exclusivamente material). Não nega a importância simbólica para os envolvidos, mas também não explora de maneira eficaz o que pode ser ponto-mestre dos tipos de trocas aqui observadas. Sua ênfase se dá na exploração do valor de vínculo que as dádivas promovem, e que tal valor foge de qualquer valor contábil, “*o valor de vínculo é o valor simbólico que se junta à dádiva, ligado ao que circula em forma de dádiva*”⁹⁰.

As trocas que se podem realizar dentro do voluntariado “superam” a materialidade e assim, aquilo que para autores como Caillé ou Godbout são dádivas sem retorno, são na verdade dádivas que têm sua retribuição. Como colocou Lanna⁹¹, a relação entre maior ou menor alienabilidade e também a criação de valores não é simples e direta.

Ao analisar o *Ensaio sobre a Dádiva*, verificaríamos que, tanto para Mauss, quanto para Marx, as “nossas sociedades”, modernas e/ou ocidentais, se definiriam pelo papel central de compra e venda, bem como pelo extenso número de trocas que realizam, como visto por Lévi-Strauss. Observando a circulação de riquezas através

⁹⁰ GODBOUT, Jacques. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999: 201.

⁹¹ LANNA, Marcos. **Nota sobre Marcel Mauss e o Ensaio sobre a Dádiva**. In: ____ *Revista de Sociologia e Política*, n.º 14. Curitiba: UFPR: 2000,. p. 173-194.

das dádivas, poderíamos, então, desenvolver uma comparação entre as “nossas sociedades” e outros povos, ou mesmo entre grupos dentro de nossa própria sociedade. As dádivas não estariam, para Mauss, ocorrendo em paralelo com as relações de mercado e independente destas, mas sim, também, embutidas nestas. Porém, Mauss minimiza a importância da dádiva pura nas sociedades modernas.

Lanna lembra-nos também que Marx nos ensinou que a sociedade ocidental moderna se caracteriza pelo enorme desenvolvimento histórico o qual teve com as relações mercantis, mas Mauss nos alerta que não existe apenas uma *moral dos comerciantes*, ainda haveria toda uma moral derivada da intersubjetividade que as relações não-mercantis permaneceriam em nós.

No *Ensaio sobre a Dádiva*, ainda estaria implícita que a dádiva seria a resposta para os problemas gerados pelas diferenças que as relações de mercado desenvolvem. Então, enquanto que para Marx o capitalismo se autodestruiria e daria em seu lugar uma sociedade mais justa e igualitária, para Mauss o que alteraria a sociedade capitalista seria o estímulo à formação de desigualdades a partir das dádivas; e estas dádivas, gradativamente, substituiriam as desigualdades do processo produtivo capitalista.

Portanto, a resposta que Mauss estaria nos dando aos problemas do capitalismo é justamente a passagem de relações dadivosas, que estariam, em nossa sociedade, muito mais presente nas relações domésticas. No entanto, podemos supor que no trabalho voluntário o que se troca está além das trocas em si. A partir dos dados aqui esboçados, pode surgir a suposição que o trabalho voluntário, como dom, é um fato social total, *dotado de significação simultaneamente social e religiosa, mágica e econômica, utilitária e sentimental, jurídica e moral*⁹².

A noção de dádiva adotada por Lavra Pinto apresenta semelhanças com a perspectiva teórica utilizada na minha pesquisa. A autora observa que existem relações de troca entre as voluntárias e as pacientes, que indicariam relações de reciprocidade, criando um vínculo de dependência entre as partes envolvidas. Ao entrarem em

⁹² LÉVI-STRAUSS, 2003: 92.

contato com as pacientes, as voluntárias estariam doando o seu tempo e com isto receberiam gratidão e carinho por parte das pacientes. São trocas que possuem um valor sentimental.

Com os voluntários do Pequeno Príncipe, é possível encontrar pessoas que realizam trabalho voluntário e que poderiam ser classificadas em diferentes grupos. Há jovens, adultos e idosos, com diferentes graus de instrução, renda e religião, e diferentes motivos que os levaram ao Hospital e ao trabalho voluntário. Considero que as trocas dos voluntários do Pequeno Príncipe se desenvolvem de maneira diferente daquela observada no Hospital São Lucas, pois ao darem, os voluntários estão, também, recebendo apenas reconhecimento e gratidão das crianças e de seus pais.

Independente das motivações pessoais, que são as mais diversas, o trabalho voluntário no Pequeno Príncipe faz parte de toda uma trajetória de relações de trocas que não são obrigatoriamente lineares. Pelo contrário, as relações de troca no Hospital seguem múltiplas direções em que a obrigação de “dar, receber e retribuir” se realiza.

Se os voluntários dão ao Hospital, que por sua vez dá as crianças, amenizando o tratamento da doença, os voluntários também estão dando aos pais das crianças, diminuindo o sofrimento dos seus filhos. Igualmente, estão dando para as enfermeiras, pois o seu trabalho permite com que elas se dediquem mais à parte clínica, contribuindo no cuidado da doença, como também estão dando para os médicos, auxiliando-os no tratamento das doenças. Também não deixa de ser uma doação para o Hospital, pois o trabalho voluntário pode estar, por exemplo, contribuindo para a redução do tempo de internação das crianças, reduzindo os custos, além de estar colaborando com a imagem de “sucesso” da Instituição e que, por sua vez, promove a participação de mais voluntários. Desta trajetória de relações de trocas, a relação entre os voluntários e as crianças demonstrou-se ser de grande importância para os voluntários.

4 A DÁDIVA E AS CRIANÇAS DOENTES

Das relações de trocas realizadas pelos voluntários do hospital, a que nos chamou maior atenção foram aquelas que eram realizadas entre estes e as crianças, dadas as particularidades do que se está trocado. Entre as crianças atendidas no Hospital Pequeno Príncipe, ano de 2004, observamos a primeira e mais visível distinção que eram 59,97% das crianças do sexo masculino e 40,02% do sexo feminino.

Outra diferença bastante significativa foi a distinção entre as crianças atendidas pelo SUS e aquelas com tratamento pago por recursos privados (planos de saúde ou particulares). Tão significativa foi esta distinção que o SVPP e os próprios voluntários priorizam o atendimento de recreação para crianças atendidas pelo SUS. Em 2004, dos leitos do hospital 69,21% foram ocupados por crianças pacientes do SUS, 29,51% de convênios médicos e 1,28% de particulares.

Foram raras as vezes que pude presenciar a visita de um voluntário aos quartos particulares, onde ficam apenas uma ou duas crianças, cujos quartos possuem camas para os acompanhantes com alguns benefícios, como sofá-cama e geladeira, que aumentam o conforto das crianças e dos pais. É uma diferença significativa, se observarmos que os pais e acompanhantes das crianças atendidas pelo SUS e que fazem parte do Programa Família Participante, têm normalmente uma cadeira que fica ao lado do leito.

O Programa Família Participante, de acordo com os dados fornecidos pelo hospital, teve no ano de 2004 uma adesão de 95,3% das famílias atendidas através do SUS. Uma das poucas vezes em que pude constatar que crianças particulares foram atendidas pelos voluntários aconteceu na semana da Páscoa, quando houve distribuição de doces para todas as crianças (o SVPP tinha condições para isto, caso contrário, apenas as do SUS receberiam). Ou então, quando alguma mãe ou pai de crianças atendidas por convênios particulares telefonava para o SVPP solicitando

brinquedos, revistas ou livros de histórias – que eram geralmente entregues por um funcionário do SVPP e não por um dos voluntários.

FIGURA 14 – VOLUNTÁRIOS BRINCAM COM UMA CRIANÇA ATENDIDA PELO SUS



Fonte: Acervo do Hospital Pequeno Príncipe.

Segundo o SVPP, o atendimento de recreação era priorizado para as crianças atendidas pelos SUS por considerar que estas eram mais carentes em função das condições sociais e da falta recursos financeiros dos pais. Durante as várias vezes que acompanhei os voluntários em suas visitas às crianças atendidas pelo SUS, encontrei crianças de diversas cidades. Apesar de haver diferenças de cor entre as crianças, em momento algum pude presenciar qualquer comportamento que revelasse uma distinção de tratamento dos voluntários e do hospital em função da diferença de cor das crianças. O hospital não registra dados referentes a cor (ou não faz usos destes dados), a não ser para efeitos de identificação e formação estatísticas clínicas. As diferenças entre as crianças provavelmente sejam correspondentes à diversidade verificada no

Estado do Paraná, ou seja, houve uma predominância considerável de crianças brancas e pardas⁹³.

Do total de crianças atendidas em 2004, 54,05% foram de Curitiba e 41,11% de crianças de outras cidades, principalmente do interior do Estado ou de pequenas cidades dos Estados vizinhos. Durante a pesquisa, percebemos que muitas das crianças internadas eram de outras cidades. As crianças atendidas pelo hospital podiam não necessariamente serem internadas, dependendo dos seus problemas de saúde, o tratamento poderia ser feito em casa. Assim, existiam as “crianças do ambulatório”, que ocupavam o primeiro andar do César Pernetta, onde são feitos alguns exames e consultas médicas. E existiam as “crianças internadas,” que ficavam nas enfermarias, cujo tempo de internamento era em torno de 5 dias, dependendo da complexidade do tratamento.

Os atendimentos ambulatoriais para consultas e exames, foram bastante numerosos⁹⁴. Entre as crianças internadas havia um grande número de crianças de outras cidades, pois, para estas, o trânsito até o hospital foi muito difícil. O internamento destas deveria ser priorizado para que os tratamentos fossem realizados sem problemas de interrupção.

Com relação à idade das crianças atendidas no ano de 2004, 45,86% das crianças tinham idade a partir de 5 anos de idade; 34,94% tinham de 1 ano a 11 meses de vida; 15,84% de 30 dias a 11 meses de vida e 5,84% de 30 a 29 dias de vida. Entre os voluntários, existiam aqueles que apreciavam mais trabalhar com os bebês de até um 1 ano de idade (mulheres na sua totalidade). O trabalho com estas crianças não era de recreação e sim de cuidados e companhia (colo).

A distinção mais significativa em relação às crianças hospitalizadas está ligada ao tempo de internamento e, conseqüentemente, ao tipo de doença que estava sendo tratada. Como o tempo médio de internamento das crianças era de 5 dias e a maioria

⁹³ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2004, poderemos constatar que no Estado do Paraná, pessoas brancas representam 74,0% dos moradores, seguidas de pardas, com 22%.

⁹⁴ No ano de 2004, foram realizados 164.907 atendimentos ambulatoriais no Hospital.

dos voluntários trabalhava apenas uma vez por semana, era normal que o contato entre os voluntários e as crianças se desse apenas uma vez.

Algumas crianças, porém, permaneciam por muito mais tempo e estabeleciam formas diversificadas de relacionamento com os voluntários. Principalmente as crianças internadas na Oncologia e na Nefrologia. Crianças que recebiam tratamento contra o câncer podiam permanecer semanas ou mesmo meses internadas⁹⁵, fazendo tratamentos de quimioterapia que, por si só, causavam diversos outros problemas de saúde e deixavam-as muito debilitadas. A enfermaria de Oncologia, a mais bem equipada do hospital, dava um pouco mais de conforto, contando inclusive com televisões em todos os quartos com “tv a cabo”, com desenhos animados dia e noite e poltronas reclináveis para os pais.

Como o tratamento de câncer provoca a queda da imunidade das crianças, elas raramente deixavam a enfermaria e, por isto, todas as atividades eram feitas na própria enfermaria. Inclusive o material usado, como lápis de cor e brinquedos eram separados do material destinados para as outras crianças. A mortalidade nesta enfermaria era elevada, e aqueles voluntários que trabalhavam com estas crianças freqüentemente me relatavam a morte de uma criança, ou como eles preferiam dizer, a criança “foi embora”, seguida de histórias sobre o comportamento destas crianças enquanto estavam sendo tratadas. A comoção e a preocupação com tais crianças sempre causaram grande impacto emocional a todos do SVPP.

A outra enfermaria, a de Nefrologia, é a que trata de crianças que precisam fazer o tratamento de hemodiálise (filtragem do sangue). Um procedimento demorado, doloroso e que obriga a um severo regime alimentar, variando de caso para caso. Como para muitos, a hemodiálise é uma questão de vida ou morte, encontrei várias crianças que praticamente moravam no hospital junto com suas mães ou pais.

Também havia crianças com doenças degenerativas e qual precisam permanecer em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI's). Como esta é uma área restrita devidos às condições em que as crianças podem ser encontradas, com suporte contínuo de

⁹⁵ E quando não estavam internadas, precisavam fazer visitas periódicas ao Hospital para acompanhar seu estado de saúde e a evolução da doença.

diversas máquinas, são poucos os voluntários que freqüentam estas unidades. Mesmo assim, o estado de saúde destas crianças era acompanhado de perto por meio das informações que chegam através de enfermeiras e dos voluntários que às visitavam.

Se por um lado os voluntários valorizavam a “luta pela vida” que as crianças expressavam, por várias vezes ouvi comentários considerando que o melhor para elas era “irem embora”, dado o sofrimento pelo qual passavam.

A comoção também ocorria com crianças vítimas de agressão sexual e de maus tratos, porém as informações sobre estas crianças eram tratadas com muito zelo por todos no hospital, fazendo com que nem todos do SVPP soubessem quem eram estas crianças (mas sabiam de sua presença no hospital).

As demais crianças, presentes nas outras enfermarias eram a maioria. Com estas crianças as atividades realizadas eram as mais diversas. O que os voluntários faziam frequentemente era levar revistas, brinquedos e jogos para todas as crianças de uma enfermaria brincarem sozinhas ou em grupo. Alguns voluntários preferiam atender apenas um quarto e ao invés de apenas entregar o material, organizavam e participavam das brincadeiras.

Havia também quem preferia levar as crianças para a Brinquedoteca, para brincarem com quebra-cabeças, casinhas de boneca e jogos de tabuleiros. Como a Brinquedoteca ficava em um dos andares destinados às crianças com atendimento particular, era normal encontrar estas na Brinquedoteca também. Quando havia shows de corais de música, apresentações de palhaços ou peças teatrais, as crianças eram levadas para a Praça do Bibinha, onde sempre ocorrem os espetáculos. Durante estas apresentações sempre ficava em dúvida quem se divertia mais, as crianças ou os voluntários.

Por maior que fossem as dificuldades de quem passava pela hospitalização, algumas vezes, gritos de satisfação, sorrisos e risadas se seguiam quando os voluntários entram nos quartos. Tal euforia acontecia porque os voluntários eram vistos pelas crianças como aqueles que “vieram para brincar”. Eram aqueles que no hospital traziam brinquedos, jogos, desenhos, gibis, como também contavam histórias,

ensinavam a fazer pipas, dobraduras, entre outras coisas. Eram aqueles que quebravam a rotina do tratamento e a “monotonia de ficar apenas deitado”.

FIGURA 15 – CRIANÇAS, VOLUNTÁRIOS E PAIS ASSISTEM A UMA PEÇO TEATRAL ENCENADA NA PRAÇA DO BIBINHA



Fonte: Acervo do Hospital Pequeno Príncipe.

O que as crianças mais pediam para os voluntários eram os desenhos para colorir. Estes desenhos, fotocopiados, eram de animais, palhaços, personagens de desenhos animados, super-heróis, entre outras variações. Quando disponíveis, eram distribuídos pelos voluntários, juntamente com lápis de cor e pranchetas, para que as crianças pudessem pintar na cama. Às vezes, quando uma criança não queria fazer nenhum tipo de atividade ou brincadeira, apenas pedia o desenho e o guardava, dizendo que iria pintá-lo mais tarde ou que iria dar para seus irmãos. Quando a criança queria demonstrar que gostava de um voluntário, era comum ela dar ao voluntário um dos seus desenhos pintados, dizendo que era “um presente”.

Com as crianças que ficam internadas por um longo tempo, eram feitas as mesmas atividades, porém o contato entre a criança e o voluntário torna-se mais íntimo e o zelo com a higiene era maior. Com o maior tempo de convivência, voluntários e

crianças não apenas “brincavam”, mas também conversavam, trocavam informações sobre suas vidas. Esta intimidade acarretou um significado especial para os voluntários, em função das trocas de sentimentos entre as crianças e os voluntários.

Uma de minhas entrevistadas disse numa certa ocasião: “As crianças esquecem que estão doentes”. Este comentário me fez refletir sobre como as crianças eram percebidas pelos voluntários. Durante a pesquisa de campo, eu notava que as crianças estavam conscientes sobre a sua condição de doente, ou então, eram “lembradas”, sendo pelo fato de estarem longe das suas relações familiares, amigos, colegas de escola e de estarem fora dos espaços que costumavam freqüentar, e até mesmo, pelo uso de recursos médicos ou pelo acesso intra-venenoso, geralmente em seus braços, presos por uma tala de madeira ou plástico, que impossibilitava os movimentos de uma de suas mãos.

FIGURA 16 – CRIANÇA BRINCA TENDO UMA DAS MÃOS IMOBILIZADAS



Fonte: Joseane Zachy Daher – acervo do Hospital Pequeno Príncipe.

Uma noite, quando acompanhava Marta, voluntária de 51 anos, educadora, durante uma visita à enfermaria da Clínica Geral, perguntei sobre a sua experiência com o trabalho voluntário. Chorando muito, ela falou que se sentia feliz ao conseguir fazer uma criança sorrir por mais fechada que a criança esteja. Era no “sorriso das crianças” que estava o reconhecimento que ela encontrava no trabalho voluntário. Conseguir ter feito uma criança parar de chorar e começar a sorrir, era a sua “recompensa”.

Este foi apenas um dos vários casos que me revelaram a importância da demonstração dos sentimentos das crianças para os voluntários. Como Mauss⁹⁶ observou, o choro ou o sorriso, para Marta, faziam parte de toda uma série de expressões de sentimento que não poderiam ser encarados apenas como fenômenos psicológicos ou fisiológicos. Os sorrisos das crianças doentes do hospital, bem como o seu choro, pedidos de colos e abraços, beijos, risadas e olhares são também fenômenos sociais, cuja manifestação não pode ser considerada espontânea e são, inclusive, expressões de sentimentos, talvez obrigatórias para se determinar como relações entre voluntários e crianças.

Quando Marta obtém o sorriso da criança por intermédio da demonstração de um sentimento de satisfação, ela se sente recompensada, o que permite a ela e aos outros voluntários identificar, no gesto da criança, a certeza que a socialização foi possível. Seu objetivo, na relação com a criança, teria sido alcançado.

Os gestos de satisfação e alegria das crianças, provocados pelas atitudes dos voluntários ou pelas intenções que as motivam, pareceram afastar as crianças do estado de dor e tristeza gerados pela doença. Percebi que, algumas crianças (as mais velhas), mesmo quando não se sentiam bem, se obrigavam a sorrir para agradar aos voluntários. Os gestos de gratidão, quando não expressos pelas crianças, eram feitos pelas suas mães, ou então, estas incentivavam os seus filhos a agradecer às voluntárias. Elas agradeciam em seu nome, ou em nome da criança, afirmando que a criança “era tímida”, ou então, com a recorrente recriminação: “Agradeça a tia, filho!”.

⁹⁶ MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória de sentimentos. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso de (org.), **Marcel Mauss: antropologia**, São Paulo: Ática, 1979. p.147-153.

A criança no pensamento antropológico deixou de ser vista como um recipiente vazio a ser preenchido, segundo Cohn⁹⁷. Atualmente, vista como um objeto empiricamente observável e delimitado, a criança também influencia o meio social em que vive.

A noção de infância corresponde a um modo particular de se pensar a criança⁹⁸, que vem sendo construído e promovendo, ao longo do tempo, reflexão das mudanças sobre as noções de maternidade e paternidade, a composição familiar, o cotidiano das crianças, e até mesmo educação. Este *sentido de infância* seria a formulação e percepção da particularidade da infância em relação ao mundo dos adultos, como o estabelecimento da separação entre duas formas de experiências sociais distintas.

“[...] a criança é basicamente uma produção feminina – da mulher e para a mulher – tanto em razão de a condição biológica reprodutora dizer respeito fundamentalmente à mulher, quanto em razão de a socialização a ela dirigida em nossa sociedade incluir uma relação de proximidade – para a guarda, a formação e a educação.” (Tedrus, 1998:26)

Podemos imaginar, assim como Tedrus⁹⁹, quando estudou as construções sobre crianças feitas em creches e escolinhas da cidade de Campinas, a criança sendo uma categoria social formada por agentes sociais que vivem um período específico, onde elas são vistas como “algo”, mas também estão, simultaneamente, passando para adultos. A maneira como falam, agem ou pensam, poderia apresentar uma série de reproduções sociais sobre como deve se dar a relação com estas crianças. Observa-se que o trabalho com crianças é amplamente conhecido e praticado por muitas pessoas, notadamente mulheres, tanto em creches como no hospital.

⁹⁷ COHN, Clarice. **Antropologia da Criança**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 2005.

⁹⁸ Segundo Philippe Ariès (1986), a ideia de infância é uma construção social e histórica do Ocidente.

⁹⁹ TEDRUS, Dora Maria de Almeida Sousa. **A relação adulto-criança**: um estudo antropológico em creches e em escolinhas de Campinas. Campinas: Área de Publicações CMU/Unicamp, 1998.

Porém cuidar das crianças, para os voluntários e o SVPP, deve-se levar em conta a idade da criança e a habilidade das pessoas de se relacionarem com crianças daquele faixa etária. Quando acompanhei os voluntários, percebi que as mulheres eram as quem tinham maior facilidade de transitar entre crianças de todas as idades, enquanto os homens pareciam “sentir mais à vontade” com crianças a partir de dez, doze anos. Não haveria homens trabalhando no berçário, por exemplo.

O próprio trabalho voluntário no hospital era visto como uma atividade feminina. Por diversas vezes, as crianças se dirigiam a mim e a outros voluntários como se fossemos mulheres, nos chamando de “tia”. Isto não quer dizer que tanto homens como mulheres não tenham uma mesma construção social da criança. Há uma construção social da criança que é feita a partir dos adultos, como também as crianças fazem reflexões sobre elas mesmas a partir de referências.

“Uma categorização social da criança remete à discussão dos atributos culturais no sentido de se localizar as maneiras pelas quais são socialmente apropriados e utilizados, em outros contextos, elementos que formam a categoria criança. As construções e elementos que formam e conformam todo um *corpus* de concepções sobre criança têm uma certa flexibilidade, permitindo, porém, o uso de alguns de seus elementos em outros contextos, mas guardando parcialmente o significado”. (Tedrus, 1998:37)

Se a partir da percepção do *mundo dos adultos*, as crianças desenvolveriam a sua maneira de ser, com os adultos desenvolvendo suas atividades de cuidado com relação à sua percepção sobre as crianças (de acordo com a sua idade) e sobre o que pensam sobre infância, seja na creche e escolinha estudadas por Tedrus, seja no hospital, com os voluntários. As crianças, além de uma categoria social, são também uma construção social, tanto para os adultos quanto para as próprias crianças.

4.1 OS VOLUNTÁRIOS E AS CRIANÇAS

Toda uma construção de atributos é feita pelos voluntários em relação às crianças, como por exemplo: pureza, ingenuidade, encanto, delicadeza, autenticidade, espontaneidade, perspicácia e também questões sobre saúde. Junto com esta construção simbólica, há toda uma forma sobre como se deve pensar, paralelamente, que define as formas e ações que seriam próprias das crianças: as maneiras como procuram conhecer o ambiente onde vivem/estão e como devem agir em tal ambiente, por exemplo.

Para Elkin¹⁰⁰, no processo de socialização de uma criança, ela procuraria a aprovação e a atenção através da imitação, pois esta seria a forma pela qual ela apreenderia as regras sociais presentes naquele contexto social. É imitando o comportamento dos adultos que ela buscaria compreender as regras dos seus círculos de convivência.

As diversas considerações que ouvi dos voluntários, indica que a infância seria vista como uma etapa da vida em que o indivíduo não se pertence ainda e, assim, ainda não são responsáveis pelos seus atos. A infância seria, um momento da vida do indivíduo em que as responsabilidades legais e sociais são depositadas apenas nos adultos. Ou seja, não precisam arcar com problemas, dificuldades e responsabilidades, pois o que a pesquisa de campo me sugeriu é que as crianças seriam consideradas pelos adultos como “incapazes” de perceber corretamente o mundo que as rodeiam, identificando o que se pode ou não fazer, o que é e o que não é perigoso.

“No que se refere a um agir específico, observei que há socialmente construído todo um conjunto de atitudes endereçadas à criança. Parece-me, assim, que, o adulto estabelece relações com cada criança assumindo a atitude de quem responde familiar e/ou socialmente por ela” (Tedrus, 1998: 46)

¹⁰⁰ ELKIN, Frederick. **A criança e a sociedade**. Rio de Janeiro: Bloch, 1968.

É socialmente estabelecido que as crianças devem idealmente ter o seu tempo direcionado (ou aproveitado), para aprender e brincar, ou preferencialmente, aprender brincando. A criança se aproxima do que poderíamos ver como um sujeito não responsável pelos seus atos, que pauta o seu comportamento com base nas diversas relações que estabelece com a sua família, escola e outras crianças. Esta definição, que se aproxima da que me foi apresentada pelos voluntários do Pequeno Príncipe, ainda não é suficiente para ajudar a explicar como são as relações entre elas e os voluntários.

Primeiramente, se as relações familiares entre os adultos e as crianças se constituem com base nas atitudes dos adultos, por assumirem a responsabilidade pela criança, com os voluntários esta relação se dá de uma maneira diferente daquela que se dá entre os pais e as crianças. Os voluntários do SVPP têm responsabilidades sobre as crianças, mas estas são subordinadas contratualmente ao hospital, e são social e legalmente dependentes às atribuições dos pais. A responsabilidade legal está e continua estando com os familiares ou com o corpo clínico do hospital.

As relações entre voluntários e crianças são pautadas por uma série de regras que não permitem que haja uma transferência de deveres dos familiares e do hospital para os voluntários. Os voluntários têm preocupação com o “bem-estar” das crianças, mas a responsabilidade por este “bem-estar” é limitada pelas vontades dos familiares e do hospital, que responde clinicamente por elas e, em certos casos, poderá se sobrepor às responsabilidades dos pais, no caso de maus-tratos.

As próprias regras aplicadas pelo hospital aos voluntários parecem reforçar isto. Por exemplo, é determinado que os voluntários não devem perguntar sobre as doenças das crianças; quando o corpo clínico estiver com a criança, os voluntários não devem interferir; caso queiram retirar as crianças da enfermaria (para ir à Praça do Bibinha ou a brinquedoteca) só pode ser feito por autorização da enfermeira chefe.

Como as crianças do Pequeno Príncipe são crianças doentes, podem ser vistas como excluídas daquilo que é pensado socialmente sobre uma infância idealizada, onde as crianças não precisariam ou não devem arcar com problemas. Os voluntários parecem considerar que as crianças que estão no Pequeno Príncipe tiveram a sua infância interrompida pela doença.

Ao ficarem doentes, as crianças estariam, na representação dos voluntários, fora da condição idealizada de criança considerada naturalmente saudável e, por isto, seria necessário procurar meios de compensação para aliviar a carga de responsabilidades e problemas prematuros adquiridos pelas crianças doentes.

Em nossa sociedade, são consideradas como crianças aquelas que estão na faixa etária de 0 a 15 anos (alguns consideram até os 12 anos, apenas), e após isto são consideradas adolescentes. O que podemos ver no Hospital Pequeno Príncipe seria a construção de um ideal de infância que não pode ser atendida, justamente pelo fato daquelas crianças estarem doentes. Ou seja, suponho que os voluntários têm a idéia de que as crianças, no seu período de infância, devem ser saudáveis, alegres, brincar, aprender sobre a vida e sobre o mundo de uma forma tranqüila.

As crianças doentes do hospital, a partir do ponto de vista que os voluntários e funcionários elaboram, sugere que a infância destas crianças fora corrompida e estas crianças foram forçadas a viver com a dor e sofrimento, muito antes de estarem preparadas, antes de serem adultas¹⁰¹. Sendo assim, o que os voluntários procuram fazer seria tentar afastá-las dessa realidade, levando-as para a infância que os adultos idealizaram. Por isto, a preocupação dos voluntários está sempre voltada em proporcionar alegria às crianças, e desta forma, tirar a dor e aliviar os problemas pelos quais elas estariam passando. Prover as “crianças doentes” daquilo que se considera parte da vida de “crianças não doentes” ou saudáveis.

O “curso de vida” das crianças doentes do Pequeno Príncipe estaria fora dos parâmetros culturais e sociais adotados em nossa sociedade. A vida seria um processo, como diria Featherstone¹⁰². Um movimento de um único sentido que vai do nascimento até a morte do indivíduo. Este “ciclo de vida” social seria, em termos biológicos, quando nós nascemos, amadurecemos, reproduzimos, declinamos e morremos.

¹⁰¹ A construção dessa noção de infância nos faz refletir sobre a existência, também de uma noção de adulto, como sendo, talvez, aquela categoria social que estaria apta para lidar com as dificuldades e obstáculos que o percurso da vida pode infringir.

¹⁰² FEATHERSTONE, Mike. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: **Textos Didáticos**: IFCH/UNICAMP, 1 (13): 1994, pág. 53.

Uma outra maneira de pensar o “ciclo da vida”, é aquela da Psicologia do Desenvolvimento, cuja visão aceita a existência de fases pré-determinadas e distantes da infância, juventude, pré-maturidade, meia idade e velhice. Contudo, a história pode demonstrar que esta visão não seria correta, pois o conceito de infância, em si, pode não existir¹⁰³. Segundo Featherstone, a infância pode ser vista como *um estágio separado e as crianças como criaturas divertidas que precisam de cuidados especiais e atenção*¹⁰⁴.

Assim, “curso da vida”, o tempo de vida dessas crianças estaria alterado do que se considera normal ou ideal, de acordo com o modo como o curso é culturalmente e socialmente organizado. Nesse sentido, os voluntários do Pequeno Príncipe buscariam para si a possibilidade (e responsabilidade) de levá-las de volta ao seu curso. Se o corpo clínico está encarregado por cuidar do corpo dessas crianças, os voluntários procurariam cuidar da infância dessas crianças.

Porém, este pensamento não é estendido a todas as crianças. Durante as minhas entrevistas e conversas com os voluntários, perguntei sobre o ato de dar esmola. Praticamente todos me afirmaram não dar esmolas, principalmente para crianças. Nem compravam balas e doces nos semáforos. As justificativas dadas para isso apresentavam as crianças como responsáveis ou tendo alguém responsável pela situação em que estavam.

“Não dou esmola na rua, não para criança. Porque acho que estou incentivado uma coisa negativa. [...] Isto não resolve nada. [...] Você investir nas crianças é investir no futuro.” Selenia, 53 anos, aposentada.

“Criança saudável eu não ajudo. Eu dou conselhos ou mesmo digo que não tenho.” Maria, 51 anos, dona de casa.

¹⁰³ Ariès (1986) demonstrou em seu trabalho que a idéia que existe sobre a infância é uma construção social relativamente recente. A idéia da criança como um ser inocente e que inspira cuidados e as demais noções sobre as idades do Homem se deram no século XVII.

¹⁰⁴ FEATHERSTONE, 1994: 56.

“Quando eu vou dar esmola, eu pergunto do que se trata [...] Sabe aquele menino que pede pra cuidar do carro? Eu tento me livrar disto. Porque não é bem por aí. [...] Eu analiso a situação, daí eu dou (*com relação a adultos* – grifo meu).” Clarice, 55 anos, corretora de imóveis.

“Não... não dou. A gente fica com aquele ponto de interrogação. O que ele vai fazer com o seu dinheiro?” Marcos, 29 anos, professor.

“Eu não dou porque fico muito injuriada. Porque a mãe está na esquina. Daí você vai ver, ela é mais forte do que você, por isto a gente fica muito mordida.” Livia, 53 anos, funcionária pública.

Desta forma, percebemos o reconhecimento de que as “crianças de rua” estavam em uma situação de risco, assim como as “crianças doentes”, porém, para as “crianças doentes”, ninguém seria considerado responsável, supostamente, pelo risco decorrente de problemas de saúde. No caso das “crianças de rua” haveriam pais exploradores ou uma família desestruturada (exemplos dados pelos voluntários), isto é, alguém, um adulto, que poderia ser responsabilizado pela situação das “crianças de rua”. Por isto as crianças do hospital mereceriam maior atenção do que as que estavam esmolando na rua. As crianças do Pequeno Príncipe “não tinham culpa” de estarem doentes.

A “criança doente”, “vítima do acaso”, trás uma noção de infância mais específica do que apresentada por Featherstone. Uma voluntária relatou:

“Você fica sentido uma coisa bem boa... elas ficam tão amigas da gente, sabe? Que você fica, assim, sentindo uma coisa bem boa. [...]Daí você fica preocupada com a situação com que ela se encontra [...] quando sente essa dor, parece que você quer que esta dor passe você. E não deixasse aquela criança sofrer [...]” (Clarice, 55 anos, corretora de imóveis).

Neste breve trecho do depoimento, dado sobre uma criança que fazia quimioterapia, é possível ver a construção da representação de que a infância deve ser livre de dor e de problemas seria um dos pontos-chave para a atuação voluntária no

hospital. A ação dos voluntários poderia ser tomada como uma breve tentativa de contornar um processo de crescimento das crianças que foi rompido. Porém, os voluntários também relatam a reação que as crianças têm no hospital, ou seja, como elas agem num estado de doença e que a visão que as crianças têm de suas experiências tornam-se um elemento valorizando pelos voluntários nas relações de trocas que têm com as crianças.

Quando Marcos, professor e recreacionista de 29 anos, buscou no trabalho voluntário, queria uma resposta à depressão que sentiu com a morte de mãe. Ele acreditou que o fato de ajudar as crianças do Pequeno Príncipe seria uma necessidade para ele.

"Para o benefício da minha pessoa e não dô meu bolso." Marcos, 29 anos, professor.

O bem-estar e alegria das crianças, seria aquilo que o fazia voltar sempre ao hospital. Dar dinheiro ou qualquer outra forma de caridade não o trazia a compensação que sentia ao realizar o trabalho voluntário.

"Querer trocar sentimentos com as crianças não é ruim. [...] Não há nada que eu queira do Pequeno Príncipe além do carinho da criança. A única coisa que eu quero aqui é o amor das crianças. [...] Eu queria encher o meu tanque de combustível de felicidade, para poder passar toda a semana e vem na terça-feira novamente." Marcos, 29 anos, professor.

Marcos me afirmou que ser voluntário é não querer algo em troca e sim aceitar receber, seja um sorriso ou o choro de uma criança. Estar no hospital era uma experiência gratificante pelo carinho que ele recebia, tanto das crianças quanto das pessoas que faziam trabalho voluntário junto com ele. Os voluntários eram pessoas de “bem com a vida”, pois elas deixavam os problemas pessoais do “lado de fora” e sempre se apresentavam de forma alegre no hospital.

Em um dos dias que acompanhei Marcos, fomos a UTI geral, onde estavam as crianças que sofriam de uma doença degenerativa e as deixavam em quase completa imobilidade. A idéia de Marcos era fazer algumas performances de malabarismo com bolinhas. Ao se aproximar de uma das crianças, cumprimentou-a, disse o seu nome e que faria alguns truques com as bolinhas para ela. Movendo a cabeça e os olhos para o lado, silenciosamente, a criança negou a oferta de Marcos e ainda o mandou ir embora. Após sairmos da UTI geral, apresentando-se em choque com a reação da criança, Marcos disse-me que compreendeu que aceitar o “não” de uma criança também era uma forma de doação.

Para ele, na situação em que aquela criança se encontrava, ela não “tinha o direito” de recusar nada. Todos os tratamentos e procedimentos clínicos eram realizados contra a sua vontade. Para Marcos ter aceito o “não” foi uma oportunidade da criança “expressar a sua vontade” e de “ser ouvida”.

Em um ambiente hospitalar, elas não teriam o direito de recusar uma injeção ou um procedimento clínico por mais incômodo que fosse. Aceitar o “não” da criança, não significa que o voluntário está aceitando que não haja trocas entre eles. O “não” pode também fazer parte das trocas, assim como aceitar o que os voluntários têm a oferecer. O “aceitar o não” faria parte de um processo de confiança entre as crianças e os voluntários. Se no primeiro momento a criança nega o que os voluntários têm a oferecer, num momento seguinte, aceita de bom grado.

Sobre esse mesmo evento, Marcos ressaltou que ele não poderia julgar o que uma criança doente pensava, desta forma, o fato de ser criança, ou ser uma criança doente, não faria com que ele compreendesse o que a criança estaria pensando sobre ela mesma. Este seu comentário me revelou algo importante: a possibilidade da criança elaborar as suas próprias interpretações e noções sobre as situações que a rodeia. A criança não seria um mero “depositório de idéias” formuladas pelos adultos.

Como já comentamos anteriormente, as crianças possuem um papel ativo nas relações sociais que desenvolvem e não estão passivas ao mundo que as rodeia. A sua interação com os adultos e com outras crianças faz com que ela aproprie e reelabore a realidade onde está inserida, consolidando a sua posição.

Quando Cohn¹⁰⁵ estudou as crianças xikrin, ela estava preocupada em demonstrar não apenas o fato das crianças, simplesmente, aprendem as relações sociais que têm ou terão, como atuam nas próprias configurações. A antropóloga, em seu livro, analisa a margem de manobra que as crianças possuem, não na idéia de manipulação do sistema simbólico, mas como algo inerente a ele, pois as crianças não estariam alocadas em um sistema de relações anterior a elas e que se reproduzia deliberadamente. As crianças atuavam no estabelecimento e na efetivação de algumas relações sociais, dentre aquelas que o sistema lhes possibilitaria.

A posição da criança na sociedade não é simplesmente dada, mas sim construída por ela. Por isto, a maneira a qual as crianças internadas no Pequeno Príncipe vêem a sua própria realidade, difere daquela que os adultos possuem. Elas constroem a sua posição na rede de significado a partir das experiências que possuem antes e durante o seu internamento. Através da compreensão do sistema simbólico elaborado pelo *mundo dos adultos*, as crianças parecem encontrar meios de atuar dentro da rede de significado, permitindo a elas que atuassem neste sistema, através do seu *mundo da criança*.

Quando um voluntário diz que fica impressionado pelo fato de como algumas crianças estavam reagindo bem o fato de estarem internadas ou como falam da morte de um colega de quarto, com uma postura segura, sem demonstração de medo, é porquê estas crianças teriam criado a sua rede de significados de maneira distinta da dos voluntários, fazendo uso de experiências pelas quais passaram e estão passando. A construção do significado que as crianças fazem sobre infância, portanto, difere daquela que os voluntários, do *mundo dos adultos*, possuem. A diferença de percepção geraria trocas de experiências e formas de interpretação dos acontecimentos que marcam o “curso da vida”. Esta diversidade de pensamento das crianças seria uma das coisas a qual os voluntários buscam no trabalho voluntário, ou seja, que pode ser vista como uma das “coisas” de troca.

¹⁰⁵ COHN, Clarice. **Antropologia da Criança**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 2005, p. 28.

Isto é o que permite vermos por exemplo, num dia normal de trabalho voluntário, ocorrido no mês de julho, durante as férias escolares, quando um voluntário comentou com um grupo de crianças como era “chato” ter que estar internado durante as férias. Uma das crianças respondeu que não era e que muito pelo contrário, ela estava achando ótimo e divertido estar no hospital. Esta criança, em especial, estava com as pernas sob tração (imobilizadas), situação que costuma provocar grande incômodo e dor às crianças. Quando questionada do porquê ela poderia achar bom estando naquela situação, ela respondeu com a seguinte frase: “Isto é de menos!”, e continuou descrevendo como era bom estar num lugar onde havia brincadeiras e crianças com quem brincar.

Não se deve considerar as crianças do Pequeno Príncipe, assim como as crianças xikrin, como estando incorporadas gradativamente dentro de um sistema simbólico onde o papel delas é apenas aprender. Este evento parece indicar que as crianças doentes do Pequeno Príncipe formulam um sentido ao mundo que as rodeia. *A diferença entre crianças e os adultos não é quantitativa, mas qualitativa; a criança não sabe menos, sabe outra coisa*¹⁰⁶. E esta outra coisa acaba por se tornar uma das coisas a qual os voluntários buscam. A *outra coisa*, torna-se, por assim dizer, o que seria trocado com as crianças e, retribuído pelas mesmas.

A forma como as crianças doentes reagem aos eventos e às pessoas é o que atrai os voluntários nas relações de trocas. Não é apenas na demonstração de sentimentos que reside o que os voluntários procuram no trabalho voluntário. A maneira de lidar com os problemas da doença traria consigo uma ruptura de como as crianças idealizadas deveriam agir diante dos problemas.

As crianças doentes, assim, não seriam passivas na construção das relações sociais no contexto do hospital. Elas apreenderiam a sua realidade de maneira específica, bem como compreendem o jogo de relações com os voluntários. Percebem

¹⁰⁶ COHN, Clarice. **Antropologia da Criança**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 2005, p. 33.

o que os voluntários querem e buscam desta forma, as relações ao seu favor, para receber mais atenção, presentes, brinquedos e tudo aquilo que deseja¹⁰⁷.

A condição de doente, na perspectiva das próprias crianças, não faria com que elas deixassem de ser, de se ver e se pensar como tal. Elas têm suas condições de vida alteradas, mas não têm suas vidas interrompidas. Estarem doentes e internadas é uma contingência que particulariza suas experiências de vida. Nesse sentido, elas não deixam de serem indivíduos capazes de agir socialmente.

É justamente à forma como as crianças reagem que é apropriado e resignificado pelos voluntários. As crianças, ao reagirem de uma forma segura diante da doença ou por não deixarem de brincar e se divertir, fazem com que os voluntários reflitam sobre como os adultos deveriam reagir diante dos seus problemas, seja de saúde ou de qualquer outra ordem. A forma com que as crianças se comportam enquanto doentes é transformada pelos voluntários como o ideal de como os adultos deveriam se comportar. Para os voluntários, estas diferenças de percepção parecem estabelecer relações que se exigiriam muito pouco dos voluntários, com um mínimo de vínculo entre as partes, diante de um retorno de reconhecimento e de afeto considerados demasiados diante dos esforços exigidos dos voluntários.

A possibilidade das trocas de sentimentos, que permite um enriquecimento de experiências de vida, é o que atrai os adultos do SVPP ao trabalho voluntário. Esta possibilidade é o que faz os voluntários trocarem com crianças doentes e não com outras. Se por um lado, os voluntários procuravam resgatar a infância idealizada para essas crianças, paradoxalmente, é a condição de doentes, que faz parte do seu processo de vida (crescimento, maturação, reprodução, declínio e morte) que “gera”, através de práticas simbólicas elaboradas pelas voluntárias, as dádivas como ciclos completos, de

¹⁰⁷ Lévi-Strauss também fez algumas reflexões de troca com crianças e entre crianças. Ele argumentou que umas das bases mais comuns e ingênuas da amizade seria a gratidão pelos presentes recebidos entre crianças. As crianças não sentiriam tanto amor pelo *fato* dos presentes. Para as crianças, o presente seria amor e este amor seria mais em função da ação de dar do que se é dado. Para as crianças, o ato de dar e a coisa dada seriam, simultânea e propriamente, amor. O dom poderia ser tomado assim como sinal do fato de ser digno de amor. O presente não seria apenas um sinal de que o doador ama e não odeia. Seria também um indicativo de que a criança que recebe seria considerada cheia de amor, sem inimizade e sem ódio. (LÉVI-STRAUSS, 2003: 125)

dar, receber e retribuir¹⁰⁸. Desta forma, muitos voluntários se colocam na posição de quem está retribuindo algo maior do que receberam das crianças.

Cada um dos “cursos de vida” das crianças doentes tem, para os voluntários, uma possibilidade de valor reconhecidamente significativo. O que me parece, é que os voluntários estariam reelaborando a percepção das crianças sobre as próprias vidas, identificando no comportamento delas, respostas sobre como devem agir idealmente no *mundo dos adultos*, ou seja, “encarar os problemas e não deixar se abater com as adversidades”.

Após o trabalho, no final dos períodos, quando alguns voluntários conversavam naquele dia sobre as atividades com as crianças, as descrições dos eventos de como as crianças reagiam aos tratamentos e às suas doenças se preenchiam de expressões como: “como elas são fortes”, “elas tm mais garra que muito adulto”, “elas nos ensinam tanto”, “veja fulano, como ele luta contra a doença” e “ele é um guerreiro”. Uma voluntária me relatou sua convivência com uma criança da Oncologia para quem os médicos deram poucos dias de vida. Durante a conversa a criança disse à voluntária:

- A tia sabe que eu estou indo embora logo?
- É mesmo? Para onde?
- Para o céu. Eu vou morrer.

A criança só reagiu desta forma porque ela estaria utilizando construções simbólicas que conhecia e com as quais trabalhava. Sua definição de vida e morte era, assim, diferente daquela que os voluntários possuem e que é formada a partir de experiências de vida. Talvez, por isto, a criança não lamentava o fato de estar morrendo e não demonstrava tristeza por aquilo que iria perder.

A história relatada pela voluntária só pode ser significativa para ela por causa das diferenças que se estabelecem entre o *mundo da criança* e o *mundo do adulto*.

¹⁰⁸ Por isto dissemos que a infância foi interrompida e não que estas crianças tiveram um processo de amadurecimento precoce. Se fosse este o caso, as crianças teriam deixado de ser o que elas são.

Ambas existem, se correlacionam e se influenciam mutuamente no Hospital Pequeno Príncipe, porém cada um dos mundos mantém particularidades sobre como as práticas simbólicas são elaboradas a partir de experiências sociais distintas de crianças e adultos. O que impressionava a voluntária era a representação social sobre a morte elaborada pela criança, que falava serenamente de sua situação e como parecia aceitar bem o fato de que iria morrer em breve.

Em outro caso, uma criança que vivia há anos no hospital, “lutava” contra uma doença degenerativa. Mesmo sem poder se mover, falar ou mesmo respirar sem ajuda de aparelhos, “a persistência em continuar viva” e a maneira como se recuperava das diversas crises pelas quais passava, eram motivo de discussão entre os voluntários de como as crianças eram “fortes” e como os ensinavam a ter a mesma persistência diante dos problemas mais diversos.

Também deve-se observar que o “sentimento de obrigação”, que muitos dos voluntários expressaram em relação às crianças, poderia estar ligado a uma moral social articulada, ou seja, ao buscar a felicidade das crianças, os voluntários estariam impondo a si mesmos uma comunhão com construções simbólicas, com origem na religião, ética, valores familiares, entre muitas outras origens possíveis e que estão presentes na sociedade.

Assim, seria fundamental entender o contexto social para se ter idéia sobre qual é o papel das crianças neste sistema simbólico, vendo-os como atores ativos, dentro desta e interagindo com tudo e todos, criando (ou recriando) os seus próprios papéis no meio social que estão vivendo. A partir desta perspectiva, poderia compreender a posição que as crianças do Hospital Pequeno Príncipe têm neste meio e como sua atuações me permitiram o começo do mapeamento da posição delas dentro da estrutura do hospital, indo além de receptoras de serviços médicos.

4.2 A DÁDIVA COMO ELEMENTO ORGANIZADOR DO TRABALHO VOLUNTÁRIO

O sistema simbólico compartilhado entre adultos e crianças doentes pareceu se organizar através das relações de trocas. Se retomarmos as relações mercantis apresentadas por Polany, veremos que elas demonstrariam uma sociedade onde a lei de equivalência nos permitiria escapar de um sistema de obrigações, como o da dádiva nas sociedades estudadas por Mauss. Porém, a dádiva pode estar tanto nas relações de mercado como também fora, e as relações encontradas no hospital sugerem a existência de um sistema com obrigações mútuas.

Durante a pesquisa, os voluntários freqüentemente declaravam o prazer na relação com as crianças e sendo este prazer um dos elementos de motivação e de permanência no trabalho voluntário, mas nem por isto pode-se considerar que o prazer seria a razão, ou a única razão para a concretização das trocas. Há, também, uma moral envolvida que vai além dos indivíduos envolvidos nas relações de trocas.

Talvez não seja possível considerar o trabalho voluntário do Pequeno Príncipe como fora das relações de mercado. Quando a História do hospital foi estudada, notou-se que a relação com o mercado foi inevitável em um determinado momento. Pelé, ao ceder o seu nome ao novo instituto do Hospital, teria o feito de forma espontânea, voluntária, mas nem por isto deixou de estar no mercado. Ao contrário, é por seu nome (marca) ter valor reconhecido no mercado que esta relação foi concretizada e formalizada contratualmente, da mesma forma quando o hospital pede que na ocasião da visita do Pelé haja vários voluntários no hospital. Os voluntários e o seu trabalho têm um significado socialmente reconhecido, e um valor, ligado a benevolência, talvez, seja reconhecido pelo mercado e que agregue significados de “caridade” e de “solidariedade” ao hospital.

Se as relações de mercado e o trabalho voluntário como dádiva tivessem posições simbólicas opostas, de acordo com os seus objetivos em relação à eliminação de dívida (mercado) ou em perpetuá-las (dádivas), suas permanências conjuntas poderiam corresponder, talvez, que o trabalho voluntário estivesse englobando o

mercado¹⁰⁹. Mas também não podemos dizer que o “trabalho voluntário” não é apropriado, de alguma maneira, pelo mercado. As relações entre o público e o privado, na sociedade brasileira, não podem ser separadas como dois pólos simétricos. Estas lógicas não se excluem.

Isto é, os princípios do trabalho voluntário podem estar na sociedade e dentro dos princípios de mercado, porém obedecendo a um padrão hierárquico que varia de acordo com o tipo e os objetivos da relação, seja comercial ou beneficente, respeitando as particularidades culturais de cada grupo. O que permite que o trabalho dos voluntários do SVPP não seja visto como mercadoria e sim como dádiva em nossa sociedade.

Uma voluntária, a que há mais tempo realizava trabalhos voluntários no Pequeno Príncipe, me relatou numa entrevista, quando conversávamos sobre a sua trajetória de vida e de ação dentro do Hospital, o seguinte:

“Quando eu saí (se aposentou), a vida me deu um presente, me deu um prêmio e aí resolvi retribuir o prêmio. Aí vim ser voluntária aqui. E daí acabei ganhando outro prêmio.” Selena, 53 anos, aposentada.

Selena, aposentada e solteira, no momento de sua aposentadoria como professora universitária, nunca havia pensando, até então, em fazer trabalhos voluntários. Ao se ver aposentada e com tempo livre, acreditou que ainda não estava na hora de parar. Ainda teria, pelo menos, dez anos de trabalho pela frente. Ela viu a sua aposentadoria como um prêmio e, em retribuição, decidiu fazer trabalho voluntário. Porém, o trabalho voluntário revelou ser um “ganho” para ela. As experiências vividas enquanto voluntária e as relações de troca desenvolvidas com as crianças, foram para ela demasiadas compensadoras. O reconhecimento e afeto das crianças e seus pais foram uma recompensa “não esperada”.

¹⁰⁹ Assim como Lanna observou ao estudar as relações de troca e patronagem no Município de São Bento do Norte, no Estado do Rio Grande do Norte, desenvolvendo o conceito de reciprocidade hierárquica. (LANNA, Marcos P. D. **A dívida divina: troca e patronagem no Nordeste brasileiro**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1995.)

Há mais de dez anos fazendo trabalho voluntário no Hospital Pequeno Príncipe, Selena afirma que no início de suas atividades, o corpo de voluntários era formado apenas por mulheres e não possuía a estrutura que tem hoje (a existência de um departamento de voluntariado, com gestão profissionalizada). Selena, além de ser a mais antiga voluntária em atividade com quem tive contato, também era uma das poucas, se não a única, cujo trabalho se concentrava em ler histórias para as crianças.

Tendo um forte vínculo profissional com a educação, seu trabalho consiste em, uma vez por semana, escolher alguns livros e ler para as crianças. Terminada as histórias, a voluntária passa os livros para as crianças, junto com folhas e lápis. Pede às crianças que desenhem o que mais gostaram daquelas histórias. Acompanhando o desenvolvimento das crianças na atividade, segue distribuindo muitos abraços, beijos e elogios. Selena recolhe todo o material e encerra seu trabalho com as crianças para ir à Oficina de Trabalho Manuais, acompanhar a sua mãe, voluntária na Oficina.

“É uma delícia! Porque as crianças adoram as histórias, as enfermeiras adoram as histórias. Eu chego na enfermaria e elas me recebem de braços abertos com a maior energia positiva. As mães, os pais também gostam das histórias. Então, eu sinto muito feliz de estar fazendo este trabalho e de ver o resultado... essa energia que estou trocando com todas estas pessoas. Por causa das histórias infantis.” Selena, 53 anos, aposentada.

Segundo o que a Selena diz, é na reação de reconhecimento e afeto das pessoas, em especial das crianças, que residiria aquilo que faz com que ela veja o trabalho voluntário como algo tão bom. Para ela, as crianças que estão no hospital não ficam lembrando que “estão doentes todo instante e por isto conseguem transmitir alegria, mesmo estando doentes e carentes”. As percepções sobre a infância idealizada de Selena e a que é vivida pelas crianças, geraria construtos simbólicos que foram apropriados pela voluntária com experiências de vida positivas.

Apesar de mostrar o que o trabalho lhe traz de bom, Selena nega que busca algo no trabalho voluntário, mesmo afirmando que sente falta de fazer trabalho voluntário.

“Não estou buscando nada. Fico feliz. Não estou buscando mais uma estrelinha no meu crachá. Mas porque eu tenho este monte de estrelinhas? Porque eu levo a sério o trabalho [...] (Fazer trabalho voluntário) É você fazer alguma coisa simples [...] você fazer para alguém aquilo que é novidade, que ela precisa daquilo, que ela não tem visão daquilo. É dar aquilo que está sobrando para você. E o que está sobrando? [...] É o seu tempo, a sua intelectualidade que você desenvolveu, é o que você aprendeu.” Selenia, 53 anos, aposentada.

O que talvez estejamos tratando aqui esteja na esfera simbólica. Carlos, o senhor de 62 anos e aposentado, não vê o trabalho voluntário como a doação daquilo que está sobrando, como é para Selenia. Com seis anos de atuação no Hospital Pequeno Príncipe, já fez trabalhos voluntários em outras instituições, todas ligadas ao trato de crianças. Tornou-se voluntário quando se aposentou, para ocupar-se durante o seu tempo livre. Seu trabalho de recreação também é diferenciado dos demais voluntários. Ele ensina e ajuda as crianças a fazer pipas e arraias ou casas para pássaros. A razão que move Carlos neste trabalho com as crianças estaria em conceitos morais e religiosos que lhe foi ensinado pelos seus pais.

“É que nem caridade. [...]É poder se dedicar aos outros, é uma doação do seu tempo, é compartilhar, passar bons pensamentos para as crianças. [...]É uma troca de fluidos.[...] Pra você fazer caridade hoje... caridade é o que sobrou do jantar e dar, mas caridade é você tirar da boca dos seus filhos e dar. Caridade não é dar o que está te sobrando, mas o que está te faltando. [...] Voluntário é você se doar [...] Esta doação é você dispor tempo, certo? E tendo certeza que estou fazendo alguma coisa boa, entre as várias atividades que a gente faz aí. É na realidade você se doar. Sabe? É fazer uma coisa que você gosta, que te traz alegria... Fico plenamente satisfeito comigo mesmo. Inclusive perguntam: Como é que você agüenta? A você, o pai me agradece. Pai não me agradeça. Eu que agradeço a oportunidade. [...] É um jeito de compensar o meu bom viver. [...]” Carlos, 62 anos, aposentado.

No hospital ele trabalha em dois setores, onde o tempo de internamento e o tratamento das crianças é de longo prazo: Nefrologia e Hematologia. Não soube dizer porque escolheu estas, mas diz que para atuar nestas áreas, “as pessoas precisam ter uma estrutura psicológica boa para agüentar”. Ele passou pela experiência de perder um filho pequeno (e irmãos), no próprio hospital. Esta experiência fez com que o sofrimento o amadurecesse. O que lhe dá suporte é a religião. O que ele recebe como “recompensa” pelo trabalho é a possibilidade de contribuir para fazer algo pelas crianças, algo que por algum momento tire a criança de sua realidade.

Godelier acredita que os dons deixam a esfera da vida privada, onde as dádivas, como as práticas feitas pelos voluntários do Pequeno Príncipe, assumiriam um papel objetivo e socialmente necessário para o andamento ou reprodução da sociedade. Contudo, este autor considera atividades, como o trabalho voluntário, seriam os dons caritativos e que estariam em via de se institucionalizar numa resposta, para as atuais configurações da sociedade, com o aumento dos problemas sociais e a incapacidade que o mercado e o Estado teria para resolvê-los¹¹⁰.

Porém, Lanna¹¹¹ observa que para Mauss, a dádiva, que está tão próxima de uma ideologia de generosidade ou de altruísmo, não é nada desinteressada. É possível aproximarmos a teoria da dádiva com a ideologia da generosidade, porém não existe dádiva sem que haja uma perspectiva de retribuição. A dádiva gratuita, ou *free gift*, não passaria de uma ideologia, uma construção mítica do altruísmo. A dádiva não deixaria de ter seu lado egoísta. O trabalho dos voluntários do SVPP pode, desta forma, ser um processo de trocas mútuas e reciprocidades obrigatórias.

Quando um voluntário relata “*não tem o que pague isto*”, referindo-se a sua satisfação ao “*trazer felicidade*” a uma criança, apresenta a existência de relações de trocas que não podem ser consideradas em valores venais. Há voluntários que só freqüentavam o hospital apenas 1 vez por semana e seu contato com as crianças era limitado; a maioria dos voluntários declarou não conhecer as crianças com as quais

¹¹⁰ GODELIER, 2003: 316.

¹¹¹ LANNA, Marcos. 2000. Nota sobre Marcel Mauss e o Ensaio sobre a Dádiva. In: **Revista de Sociologia e Política**, n.º 14. Curitiba: UFPR. p. 173-194.

trabalhou, com exceção de algumas crianças, principalmente aquelas internadas nas enfermarias de oncologia e nefrologia e, nestes casos, o histórico de vida das crianças demonstrou-se ser um elemento fundamental no processo de trocas.

Para Mauss, a dádiva não deixa de ser um ato espontâneo e obrigatório, ao mesmo tempo. Segundo Lanna, ao estudar a dádiva, a sociologia poderia superar, relativamente, as dualidades do pensamento ocidental. A posição de Mauss, como de Lévi-Strauss, seria justamente uma mediação das oposições recíprocas, ou mais ainda, poderíamos ver que a “mediação” seria a “superação” possível. Este ponto da teoria de Mauss também é fundamental, por ser uma crítica à generalização da noção de interesse individual que é pregado pelo pensamento liberal, o qual justamente opõem tudo aquilo que a dádiva procuraria unir.

Também precisamos observar que a dádiva não é apenas circulação de objetos, mas também de pessoas, nomes, palavras, visitas, título e festas. As trocas não se restringem apenas ao que é material, podemos pensar, inclusive, numa circulação de valores espirituais, assim como maior ou menor alienabilidade. Se assim é, podemos pensar que o que os voluntários do Pequeno Príncipe estão fazendo vai além de trocas de trabalho e bens. As trocas que eles realizam dentro do hospital “superariam” a materialidade e não deixam de ter a sua retribuição.

É por isto que, após terem passado algumas horas no hospital, trabalhando com as crianças, por diversas vezes ouvi dos voluntários expressões como “É aqui que recarrego as minhas baterias”, “o que eu recebo das crianças não tem preço”, “a energia que recebemos delas é muito boa”. “Não tem preço” porque não se trata de simples trocas materiais. As trocas que estão se dando são de outra ordem.

Se no *Ensaio sobre a Dádiva* verificamos que para Mauss, assim como para Marx, as “nossas sociedades”, modernas e/ou ocidentais, se definiriam pelo papel central da compra e venda, bem como pelo extenso número de trocas que realizam¹¹², as dádivas não estariam ocorrendo em paralelo com as relações de mercado e

¹¹² LÉVI-STRAUSS, Claude. **As Estruturas Elementares do Parentesco**. 3ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

independente destas. Elas estariam presentes também nas relações de mercado, inseridas nestas.

Mauss ainda apontaria que a dádiva pudesse ser uma resposta aos problemas gerados pelas diferenças que as relações de mercado desenvolvem. Assim, enquanto que para Marx o capitalismo se auto-destruiria e daria em seu lugar uma sociedade mais justa e igualitária, para Mauss o que alteraria a sociedade capitalista seria o estímulo a formação de desigualdades a partir das dádivas; e estas dádivas, gradativamente, substituiriam as desigualdades do processo produtivo capitalista.

Bourdieu¹¹³, ao voltar a analisar a dádiva, enfatiza três pontos importantes e que não foram vislumbrados em profundidade pelos outros autores: a questão do tempo entre o dom e o contradom, a importância que a construção simbólica teria em permitir o destaque de uma economia de dom e de introduzir uma teoria do agente e da ação que considera as condições do meio envolvente, ao invés da consciência ou intenção, como Lévi-Strauss considera.

A primeira característica do dom, segundo Bourdieu, seria justamente a sua ambigüidade de, por um lado, negar o cálculo egoísta, com a exaltação da generosidade e do dom gratuito e sem retribuição e, por outro, de nunca excluir completamente a consciência lógica da troca. Isto aconteceria por causa da “dupla verdade” do dom e das condições sociais que permitiriam o que ele chama de “self deception” individual e coletivo, ou seja, a auto-ilusão que é criada pelos próprios meios sociais e morais envolventes.

O que Bourdieu pretendeu, foi propor um modelo que explicaria a distância que existiria entre a proposta de Lévi-Strauss quando pensa a partir de Mauss e o estruturalismo. Para Bourdieu, seria o intervalo temporal que existe entre o dom e o contradom, que permitiria ocultar a contradição entre a verdade vivida/desejada das dádivas como atos de pura generosidade, sem retribuição. Na verdade, seria um modelo que permitiria revelar as dádivas como sendo atos de trocas que transcendem ao simples gesto da troca. Seria o tempo entre o dom e o contradom que permitiria,

¹¹³ BOURDEIU, Pierre. 1996. Marginalia: algumas notas adicionais sobre o dom. In: **Revista Mana**, volume 2, número 2, p. 21-47. Rio de Janeiro: Museu Nacional.

psicologicamente viável, a mentira para si mesmo, que, evidentemente, só pode se fazer valer se for apoiada numa visão coletiva, caso contrário, cairia inevitavelmente numa forma de má-fé por parte daquele que executa a dádiva.

“Se os agentes sociais podem, ao mesmo tempo, aparecer como enganadores e enganados, se parecem enganar os outros e enganar a si mesmos quanto às suas “intenções” (generosas), é porque seu embuste (que, em certo sentido não engana ninguém) tem a certeza de contar com a cumplicidade tanto dos donatários diretos de seu ato quanto dos que, como terceiros, observam”.
(BOURDIEU, 1996:08)

Resumidamente, pode-se dizer que as dádivas só poderiam se realizar através de agentes sociais, num ambiente propício para sua realização, com o reconhecimento dos demais atores sociais, cujas estruturas estariam adaptadas para garantir, não só a recompensa, como também o reconhecimento, não apenas como contradons, isto é, caso seja possível uma expressão que aparentemente redutora, o mercado.

Portanto, tal economia de símbolos, se vista como um sistema econômico, como de fato o seria, pode suscitar possíveis ganhos ou perdas, onde não existe a intenção consciente de um indivíduo isolado. Quem dá sabe que seu ato de generosidade possui chances de ser reconhecido como tal e de obter o devido reconhecimento, seja na forma de retribuição ou de gratidão daquele que foi beneficiado, mas isto só é possível dentro de um *habitus*.

Isto parece acontecer nas trocas realizadas pelos voluntários do Pequeno Príncipe. Em certa medida, as voluntárias percebem como estas trocas simbólicas ocorrem, bem como os demais atores sociais que convivem com elas, como funcionários, os parentes das crianças e as próprias crianças hospitalizadas. Isto só seria possível justamente pelo fato de que todos os atores envolvidos não teriam a intenção consciente das suas ações, como disse Bourdieu:

“Para compreender adequadamente o dom, é indispensável afastar-se não só da filosofia da consciência, que considera como princípio de toda ação uma intenção consciente, mas também de economicismo que não conhece outra

economia que a do cálculo racional e do interesse reduzido ao econômico.”
(BOURDIEU, 1996:11)

Temos desta forma uma economia das dádivas que está baseada na recusa do sentido econômico, da recusa da maximização do lucro e do cálculo interesseiro que busca o retorno material. A economia da dádiva torna-se o “meio” de organizar um capital simbólico (o reconhecimento, o respeito, a admiração, etc.) através da transformação de capital econômico (não apenas dinheiro, mas tempo e trabalho também configuram aqui) e que só poderia ser acessível àqueles que estariam dentro dessa lógica do desinteresse.

A grande dificuldade que encontramos no estudo do trabalho voluntário como dom é que, ao ser limitado a uma pequena fração do mercado capitalista, ou do “toma-lá-dá-cá”, como diria Bourdieu, seu significado se alteraria e não se conseguiria enxergá-lo como algo que vai além de uma distinção entre obrigação e liberdade, de uma escolha pessoal para uma coletiva, do desinteresse e do interesse, fazendo com que aqueles que estudam as dádivas, as vêem como sendo uma estratégia racional de investimento para acumular capital simbólico, ou então, ao nosso ver, como uma espécie de ética maximizada que geraria um dom como sendo um ato perfeitamente gratuito, sem obrigação ou perspectiva. O ideal é examinar a lógica que as trocas de dádivas possibilitam na criação de relações duráveis.

O dom se expressaria através da obrigação, fazendo surgir uma dominação legítima do doador para com o receptor da dádiva. Isto ocorreria, pois o tempo que separa o dom de sua retribuição, segundo Bourdieu, geraria uma “expectativa coletiva” do contradom, demonstrando a aceitação e reconhecimento de uma submissão que foi aceita e desejada. Para Bourdieu, o tempo faz com que a generosidade, na interlocução entre atores legítimos, seja um tanto possessiva e o será tanto quanto mais trocas afetivas foram realizadas e mais sinceramente generosas parecerem.

O que está no cerne das trocas é o fato que a virtude (generosidade) forem dita como algo político e que não pode ser abandonada, a não ser por princípios morais, para ações particulares e isoladas, pois isto faz com que a lógica das trocas se voltar à economia liberal do “toma-lá-da-cá”. Para Bourdieu, a expansão do neo-liberalismo só

tem feito com que se deixe de lado os investimento em instituições que produzem condições econômicas e sociais da virtude (da generosidade) como sendo uma dádiva dirigida a um grupo e que produz recompensas por este. Então não seria o caso de não se estudar a generosidade e o desinteresse como possíveis, mas sim estudar os meios pelos quais a pré-disposição social permite que tais conceitos sejam acionados e permite com que tais conceitos (generosidade e desinteresse) se estabeleçam como verdades através do meio simbólico, por mais que não o sejam.

A partir das elaborações de Lanna e Bourdieu quanto a suas colocações, considero que o trabalho voluntário não seja um dom caritativo. A generosidade que vemos, segue, talvez, próxima a economia simbólica de Bourdieu, mesmo sendo dádivas que não ocorrem no ambiente familiar, mas entre estranhos que, por diversos motivos, compartilham de um mesmo círculo de relações e que buscam a troca que vai além dos limites da materialidade com as crianças que freqüentam o hospital. Mais do que crianças, crianças enfermas que são, temporariamente, deslocadas dos seus meios. Há algo que as faz estarem justamente naquele hospital.

As trocas que ocorrem entre os voluntários e as crianças estão, dessa maneira, na esfera dos bens simbólicos, descrito por Bourdieu. Porém, o intervalo temporal entre o dom e o contradom, no caso dos voluntários do Pequeno Príncipe, pode ocorrer de forma simultânea, mantendo ainda a contradição entre a realidade vivida/desejada da dádiva como um ato de pura generosidade, sem retribuição, e a verdade em que o modelo permitiria revelar a dádiva, como sendo um ato de trocas que transcendem ao simples gesto da troca. Há tantas trocas com as crianças que permanecem um longo período de internamento, quanto com aquelas que ficam poucos dias, e o seu contato com as voluntárias é extremamente limitado, sendo muitas por apenas alguns minutos. Isto nos mostra como a categoria social “criança doente” não pode ser tomada como heterogênea e nos ajuda a compreender as experiências pelas quais os voluntários do SVPP passam no hospital.

O que vemos nessas relações entre os voluntários e as crianças doentes é o acúmulo de capital simbólico que se oculta no desinteresse do discurso sobre o que é “ser voluntário”. As trocas com as crianças feitas a partir da resignificação elaborada

pelos voluntários, sobre as experiências de vida das crianças, são preenchidas de capital simbólico e transforma-se no “bem de trocado”, não importando quem são os indivíduos envolvidos nas trocas, pois elas se dão entre categorias. Eis, talvez, uma das respostas para o motivo que leva aos voluntários declararem estar em “dívida” para com aqueles que ajudam, além da gratificação do ato em si, declarados pelos voluntários do Pequeno Príncipe e daqueles que Godbout estudou. Por receberem algo que podem levar por toda a sua vida (conhecimento e experiência), os voluntários transformam o que poderia ser um ato de dar na dádiva em um ato de retribuição.

Se Godelier considera que a solidariedade é regida pelo contrato, onde nem tudo é negociável, e que aproxima as pessoas, a solidariedade responde a novos padrões, não necessariamente pelo contrato, mas sem deixar de ser uma dádiva completa. As relações dos voluntários com as crianças são dádivas completas, demonstrando terem a mesma flexibilidade que foi encontrada entre o hospital e os voluntários, entre a *casa* e a *rua*, entre o pessoal e o contratual.

Tanto o pessoal quanto o contratual estão presentes na reciprocidade obrigatória que faz parte da relação existente entre as crianças e os voluntários. E mais: o “dar, receber e retribuir” de Mauss estaria envolvendo duas partes da relação que foram exploradas aqui, mas que também se desdobram em múltiplas esferas, criando outras tantas relações obrigatórias de troca, seja entre os voluntários e o hospital, entre os voluntários e os pais das crianças, entre o corpo clínico e os voluntários, e assim por diante.

Ao dar ou compartilhar suas experiências com os voluntários, as crianças estariam dando uma parte de si mesmas, – “gratidão” – que é aceito pelos voluntários como “recompensas”. A dádiva aproxima as duas categorias sociais (como também todas as outras), mas também as hierarquiza, sem deixar de ser interessante a ambos os lados. A dádiva unilateral não se faz presente entre os voluntários do Pequeno Príncipe.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando Pelé visitou e fechou uma parceria com o Hospital, não era apenas o “Pelé” e não era apenas com o “Hospital”, este era um evento ocorrido em uma sociedade relacional. Não havia apenas indivíduos e empresas. Este evento tão significativo, dado a visibilidade que teve nos meios de comunicação, pode ser visto como um exemplo tácito de reciprocidades obrigatórias que foram exploradas aqui.

A relação Pelé/Pequeno Príncipe, assim como as histórias relatadas por Dona Ety, demonstram como o *público* e o *privado* não apenas se relacionam, mas também se misturam de tal maneira não podem ser pensado como esferas antagônicas. A relação de “Pelé” só foi possível porque “Edson Arantes do Nascimento” torna possível, através da amizade existente com um dos médicos envolvidos com o projeto do novo instituto. Quem assina o contrato é Edson Arantes do Nascimento, mas quem aparece em frente às câmeras e junto à marca do Hospital, é Pelé. Havia também pessoas e relações.

O trânsito do privado para o público sofre uma mediação, assim como as relações de Dona Ety com pessoas e personalidades do meio político, que permitem fluxos de recursos do público para o privado. Na origem do Hospital, foi possível encontrar donas de casa da alta sociedade curitibana que estavam unidas por um objetivo em comum, que fora alcançado usando as ferramentas que conheciam: suas redes de relações sociais.

São as redes de relações sociais o principal recurso usado no caso do Pequeno Príncipe, em especial a partir da década de 60. Foi das relações pessoais, o mundo da *casa* e a sua estruturação, onde o mecanismo de trabalho dos mantenedores do Pequeno Príncipe encontra-se desde origem da instituição. Nesse sentido, foram vários os exemplos das categorias, desenvolvidas por DaMatta, que encontramos em nossa pesquisa.

Quando o pedido de ajuda era feito aos políticos influentes da época, não era uma relação pública e sim privada, cujo objetivo era ser uma relação, nas palavras de DaMatta, da e com a *rua*. Estas relações tornam-se possíveis, pois há o privado no

público, como também há o público no privado. Estas categorias, ou a *casa* e a *rua*, só existem separadas e em oposição para fins de análise, pois estes vêm misturados e ligados num alto grau de dependência. E mais: a sua mediação e a sua viabilidade foram feitas através de dádivas, pois este é o mecanismo de troca acionado, gerando relações de reciprocidades que obrigam as partes a não quebrarem o laço existente.

De maneira semelhante, o mesmo pode ter se dado entre o Hospital e os voluntários. Se de um lado as relações iniciam-se na *rua*, nos encontros obrigatórios estas relações são transformadas em relações da *casa*, mesmo que ainda mediada por contratos e regras, elementos típicos da *rua* e que se fazem possíveis através das dádivas. Se por um lado os voluntários têm o desejo de dar às crianças, o Hospital dá aos voluntários a possibilidade destas relações. Em troca, recebe dos voluntários a visibilidade de “beneficente” que necessita na divulgação do seu trabalho como um hospital com atendimento gratuito. Estas relações, por si só suscitam muitas outras, não se apresentam obrigatoriamente lineares, pelo contrário, se prolongam em múltiplas direções em que a obrigação do “dar, receber e retribuir” se realiza.

Além da reciprocidade entre o Hospital e os voluntários, há ainda aquela que se estende ao corpo clínico, ajudando no cuidado e contribuindo com o tratamento das crianças, reduzindo o tempo de internamento da mesma forma como a presença dos pais possibilita isto. Aos pais, os voluntários também doam, amenizando a sofrimento dos seus filhos, recebendo como retribuição o reconhecimento, o respeito, entre outras coisas.

Em principal, os voluntários davam às crianças não apenas a amenidade da doença através de brincadeiras, brinquedos e gibis. O cuidado das crianças gerava trocas de sentimentos. Isto se deu porque o “curso de vida” das crianças do Pequeno Príncipe estaria fora dos parâmetros culturais e sociais adotados em nossa sociedade e, conseqüentemente, pelos voluntários. O “curso de vida” não era normal ou ideal para aquelas crianças. Nesse sentido, os voluntários do Pequeno Príncipe buscariam para si a possibilidade (e responsabilidade) de levá-las de volta para aquilo que seria seu

“curso normal da vida”. Se o corpo clínico está encarregado de cuidar do “corpo” dessas crianças, os voluntários procurariam cuidar da infância.

Nas atividades diárias no Hospital, as crianças não teriam o direito de recusar uma injeção ou um procedimento clínico, por mais incômodo que fosse. Ao aceitar o “não” das crianças, os voluntários, não deixavam de ter relações de troca com estas crianças. O “não” pode também fazer parte das trocas, assim como aceitar o que os voluntários têm a oferecer. Talvez aceitar o “não” seja aquilo que se pode considerar como a doação do princípio da liberdade, “negada” para a criança pelo Hospital e seus pais.

O fato de serem crianças doentes, não faria, necessariamente, com que os voluntários entendessem o que as crianças pensavam sobre elas mesmas. Elas estavam elaborando as suas próprias interpretações e noções sobre as situações que as rodeiam. As crianças não seriam um mero “depositório de idéias” formulado pelos adultos. A forma como as crianças doentes reagem aos eventos e às pessoas, seria o que atrai os voluntários nas relações de troca. Não é apenas na demonstração de sentimentos que reside o que os voluntários procuram no trabalho voluntário. A maneira de lidar com os problemas da doença traria consigo uma ruptura sobre como as crianças idealizadas reagiriam diante dos problemas.

A forma como as crianças reagem enquanto doentes é reinterpretada pelos voluntários como o ideal de como os adultos deveriam se comportar. Para os voluntários, estas diferenças de percepção parecem estabelecer relações que exigiriam muito pouco de si, com um mínimo de vínculo entre as partes, diante de um retorno de reconhecimento e de afeto considerados demasiados diante dos esforços exigidos deles.

A generosidade que vemos nestes casos, segue, talvez, próxima da economia simbólica de Bourdieu, mesmo sendo dádivas que não ocorrem no ambiente familiar, mas entre “estranhos” que, por diversos motivos, compartilham de um mesmo círculo de relações e que buscam trocas, as quais vão além dos limites da materialidade.

As trocas que ocorrem entre os voluntários e as crianças estão, dessa maneira, na esfera dos bens simbólicos, descrito por Bourdieu. Porém, o intervalo temporal

entre o dom e o contra-dom, no caso dos voluntários do Pequeno Príncipe, pode ocorrer de forma simultânea, mantendo ainda a contradição entre a realidade vivida/desejada da dádiva como um ato de pura generosidade, sem retribuição, e a verdade que o modelo permitiria revelar a dádiva plena como sendo atos de trocas que transcenderiam o simples gesto das trocas. Tanto há trocas com as crianças que permanecem um longo período de internamento, quanto com aquelas que ficam poucos dias e o seu contato com as voluntárias é extremamente limitado, muitas por apenas alguns minutos. O dom e o contra-dom podem se dar de forma imediata, pois são grupos que trocam e não apenas indivíduos, numa relação linear.

O que vemos nessas relações entre os voluntários e as crianças doentes, é mais que acúmulo de capital simbólico desejado pelos voluntários. Observamos que este acúmulo torna-se ocultado pelo discurso de desinteresse que está presente no conceito de “ser voluntário” e na ideologia católico-cristã. As trocas com as crianças, feitas a partir da resignificação elaborada pelos voluntários, sobre as experiências de vida das crianças, são preenchidas de capital simbólico e transforma-se no “bem de trocado”, não importando quem são os indivíduos envolvidos nas trocas, pois elas se dão entre categorias.

As relações dos voluntários com as crianças são dádivas completas, demonstrando terem a mesma flexibilidade que foi encontrada entre o Hospital e os voluntários, entre a *casa* e a *rua*, entre o pessoal e o contratual. Tanto o pessoal, quanto o contratual, estão presentes na reciprocidade obrigatória que faz parte da relação existente entre as crianças e os voluntários.

O “dar, receber e retribuir” estaria envolvendo as diferentes partes das relações que foram exploradas aqui, mas que também se desdobram em múltiplas, criando outras tantas relações obrigatórias de troca, seja entre os voluntários e o Hospital, entre os voluntários e os pais das crianças, entre o corpo clínico e os voluntários e assim por diante. Ao dar ou compartilhar suas experiências com os voluntários, as crianças estariam dando uma parte de si mesmas – “gratidão” –, que é aceito pelos voluntários como “recompensa”. A dádiva aproxima as duas categorias sociais (como também todas as outras), mas também as hierarquiza, sem deixar de ser interessada para ambos

os lados, permitindo que ambas as partes tenham nestas reciprocidades e bem-estar, sentimental e simbólico que almejam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, V. G. & BERRI, A. Pelé apadrinha centro de pesquisas pediátricas. **Futebol.pr.com.br**. Disponível em: <<http://www.futebolpr.com.br>>. Acesso em: 3 set. 2005.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

BOURDEIU, Pierre. 1996. Marginalia: algumas notas adicionais sobre o dom. In: **Revista Mana**, volume 2, número 2, págs, 21-47. Rio de Janeiro: Museu Nacional.

BOURDIEU, Pierre. **Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

CAILLÉ, A. 1998. Nem holismo nem individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v.13, n. 38, p. 5-38.

CAILLÉ, A. 2002. *Antropologia do Dom: O Terceiro Paradigma*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

CARNEIRO, David. **História Biográfica da República no Paraná**. Curitiba: Banestado, 1994.

CARNEIRO, J. & SATO, C. **Um Hospital de Crianças**. Curitiba: JASC, 2005.

CAROSO, Carlos. A Imagem e a Ética na Encruzilhada das Ciências. In: OLIVEN, Rubens (orgs.). **Antropologia e Ética: o debate atual no Brasil**. Niterói: EdUFF, 2004.

CARULLÓN, Mônica Beatriz Galiano & MEDEIROS FILHO, Barnabé. **Voluntariado na empresa: gestão eficiente da participação cidadã**. São Paulo: Peirópolis, 2002.

CATTANI, Antoni David (org.). **A Outra Economia**. Porto Alegre: Veraz Editores, 2003.

COHN, Clarice. **Antropologia da Criança**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 2005.

DAMATTA, Roberto. **A Casa e a rua: espaço cidadania, mulher e morte no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DAMATTA, Roberto. **Carnavais, Malandros e Heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

DUMONT, Louis. **Homo Aequalis: Gênese e plenitude da ideologia econômica**. Bauru, São Paulo: Edusc, 2000.

DUMONT, Louis. **Homo Hierarchicus: O sistema das castas e suas implicações**. 2ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

DUMONT, Louis. **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

ELKIN, Frederick. **A criança e a sociedade**. Rio de Janeiro: Bloch, 1968.

EUGENIO, Fernanda. De como olhar onde não se vê: ser antropóloga e ser tia em uma escola especializada para crianças cegas. In: VELHO, Gilberto & KUSCHNIR, Karina. **Pesquisas Urbanas: Desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

FEATHERSTONE, Mike. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: **Textos Didáticos**, IFCH/UNICAMP, 1 (13): 49-71, mar. 1994.

FREITAS, Ricardo Oliveira de. Quando o voluntariado é axé: a importância das ações voluntárias para a caracterização de uma religião solidária e de resistência no Brasil. In: **Seminário Religião, Ação Social e Cultura Cívica**, 2005, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.iser.org.br/publique/media/texto_ricardo_freitas.pdf>. Acessado em 20 jun. 2006.

GODBOUT, Jacques. Homo donator versus homo oeconomicus. In: MARTINS, Paulo Herinque (org.). **A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GODBOUT, Jacques. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GODBOUT, Jaques T. 1998. Introdução à dádiva. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v.13, nº 38, outubro, p. 39-51.

GODELIER, Maurice. **O enigma do dom**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

JAKOBSON, Roman. **Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia**. In: **Linguística e Comunicação**. São Paulo: Cultrix, S/d.

KARKOLI, Gilson. **Responsabilidade Social: uma contribuição à gestão transformadora das organizações**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

LANNA, Marcos P. D. **A dívida divina: troca e patronagem no Nordeste brasileiro**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1995.

LANNA, Marcos. Nota sobre Marcel Mauss e o Ensaio sobre a Dádiva. In: **Revista de Sociologia e Política**, n.º 14. Curitiba: UFPR: 2000, p. 173-194.

LEIRNER, Piero de Camargo. **Hierarquia e individualismo em Louis Dumont**. Coleção Passo-a-passo, v. 26. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A obra de Marcel Mauss. In: ____ **Sociologia e Antropologia v.II**. São Paulo: Edusp, 1974.

LÉVI-STRAUSS, Claude. As Estruturas Elementares do Parentesco. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia**. Coleção Os Pensadores, 2ª edição. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória de sentimentos. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso de (org.), **Marcel Mauss: antropologia**, São Paulo: Ática, 1979. p.147-153.

MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia v.II**. São Paulo: Edusp, 1974.

MAYER, Arian C.. A importância dos “quase-grupos” no estudo das sociedades complexas. In: FELDMAN-BIANCO, Bela (org.) **Antropologia das Sociedades Contemporâneas: Métodos**. São Paulo: Global, 1987.

MILLAR, Murray E. **A rationale for the application of ‘Gift-exchange’ paradigm to Volunteerismo by Nonprofit organisations in Melanesian culture**. Horsley: 2004. Disponível em:

<http://www.worldvolunteerweb.org/fileadmin/doc/old/pdf/2004/041011_aus_png.pdf>. Acessado em: 5 abr. 2005.

MOTA, Leonardo de Araújo. **A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de Alcoólicos Anônimos**. São Paulo: Paulus, 2004.

PEIRANO, Mariza. “A análise antropológica de rituais”. In: M. Peirano (org.) **O Dito e o Feito. Ensaio de Antropologia dos Rituais**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Nuap, 2002.

Pelé Participa de projeto social em Curitiba. **Furacao.com**. Disponível em: <<http://www.furacao.com>> Acessado em: 2 set. 2005.

Pelé transfere direitos da própria marca. **Jornal Folha Online**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/esporte/ult92u93017.shtml>> Acessado em: 3 set. 2005.

PINTO, Michele de Lavra. 2000, Porto Alegre. **Uma Andorinha só não Faz Verão: um estudo antropológico sobre as práticas e motivações do trabalho voluntário na Associação de Voluntárias de Câncer de Mama do Hospital São Lucas em Porto Alegre, RS**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRG.

PIZANI, Maria Angélica Pinto Nunes. **O cuidar na atuação das Irmãs de São José de Moutiers na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (1986-1937)**. Tese (Doutorado em História), Programa de Pós-Graduação em História, UFPR: 2005.

POLANYI, Karl. **A Grande Transformação: as origens de nossa época**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

SILVERTEIN, Michael. "Language as part of culture". In: Sol Tax & Leslei G. Freeman (eds.) **Horizons of Anthropology**. Chicago: Aldine Publishing Company, 1977.

STOLCKE, Verena. Gloria y maldición del individualismo moderno según Dumont. **Revista de Antropologia**, vº44, nº2. São Paulo: USP, 2001.

TAMBIAH, Staley J. "A performative approach to ritual". In. **Culture, Thought and Social**. Havard University Press, 1985.

TAMINATO, Marcel. **Relações de troca no universo do Estado: Um estudo sobre as formas de circulação de servidores públicos**. Monografia. Departamento de Ciências Sociais, UFPR, 2004.

TEDRUS, Dora Maria de Almeida Sousa. **A relação adulto-criança: um estudo antropológico em creches e em escolinhas de Campinas**. Campinas: Área de Publicações CMU/ Unicamp, 1998.


TEODÓSIO, A. Pensar pelo avesso o Terceiro Setor: mitos dilemas e perspectivas da ação social organizada no Brasil. In: STENGEL, M., (orgs.). **Políticas públicas de apoio sociofamiliar – curso de capacitação de conselheiros municipais e tutelares**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2001.

TOLDO, Mariesa. Responsabilidade Social Empresarial. In: Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. **Responsabilidade Social das Empresas** – – São Paulo: Peirópolis, 2002, p. 73-102.

VELHO, Gilberto & KUSCHNIR, Karina. **Pesquisas Urbanas: Desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

ZAQUIEU, Ana Paula V. Os desafios da alteridade: considerações sobre sexualidade entre militantes de uma ONG/Aids carioca. In: **História, Ciências, Saúde**. Volume 13, nº 1, p. 33-54. Rio de Janeiro: 2006.

ANEXO 1 – FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O VOLUNTARIADO



SERVIÇO DE VOLUNTARIADO
 Ficha de Inscrição para o Voluntariado

JOB N.º 63.05

Data: _____

Nome									
Data de Nascimento			Estado Civil			Religião			
Profissão					Escolaridade				
Endereço Completo						Bairro			
CEP		E-mail			Telefone p/ contato				
RG			CPF						

Por que interessa-se pelo trabalho voluntário?

Como ficou sabendo do Programa de Voluntários do HPP?


Período Disponível

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

LOCAL DESTINADO AO SETOR DE VOLUNTARIADO

Data da Entrevista	Data do Treinamento	Entrega do Cracha	Parecer
/ /	/ /	/ /	/ /

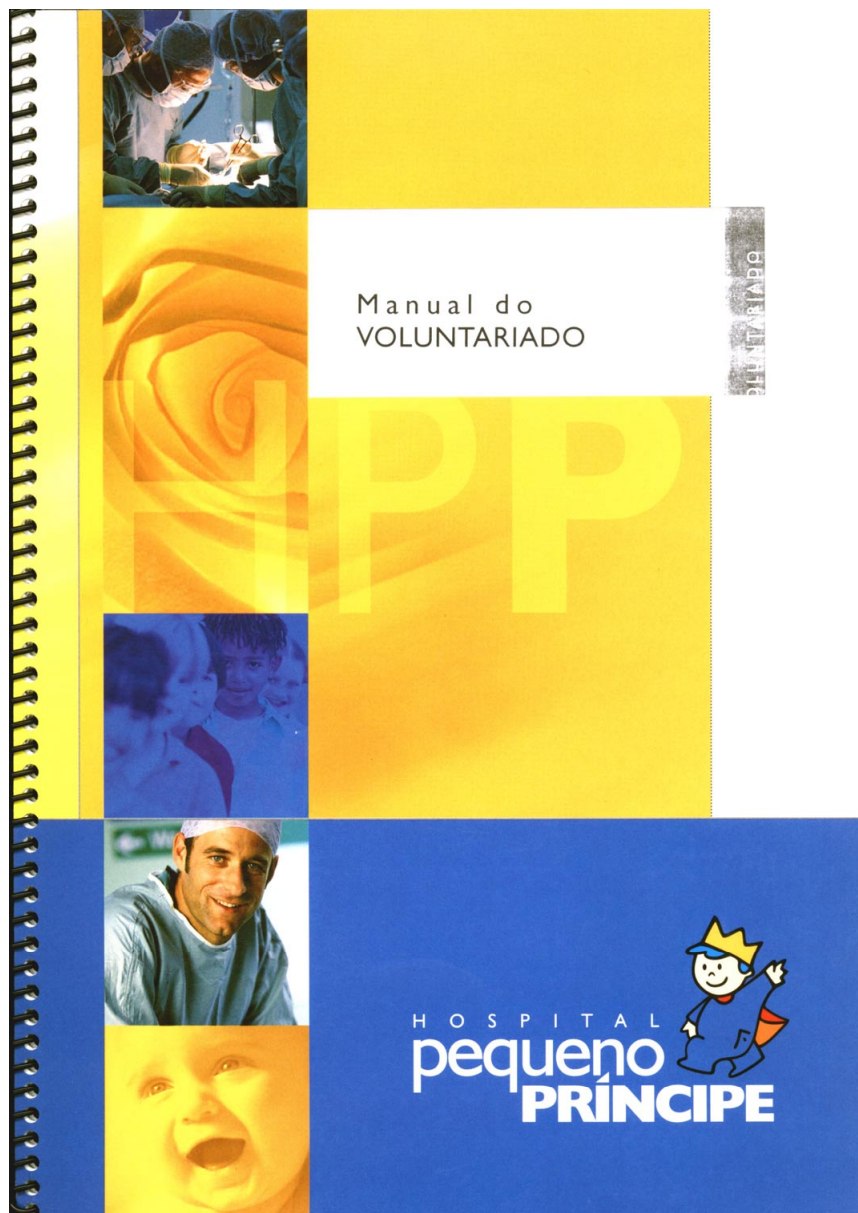
Observações durante o acompanhamento



HOSPITAL
pequeno

PRÍNCIPE

ANEXO 2 – CAPA DO MANUAL DO VOLUNTARIADO



ANEXO 3 – TERMO DE ADESÃO AO TRABALHO VOLUNTÁRIO NO HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE



TERMO DE ADESÃO

INSTITUIÇÃO: Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro
ENDEREÇO: Rua Desembargador Motta, 1070 CGC: 76591569/0001-30

Voluntário: *RAPHAEL HARDY FIORAVANTI*

Endereço: [REDACTED]

RG: [REDACTED]

CPF: [REDACTED]

Tarefa Específica: **Recreação Infantil**

Duração: **Indefinida**

Horários: *TERÇA-FEIRAS 14:00 - 17:00*

O trabalho voluntário a ser desempenhado junto a esta instituição, está previsto na Lei nº 9608, sendo atividade não remunerada, com finalidades assistenciais e recreativas e não gera vínculo empregatício, funcional, ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias e afins.

Declaro estar ciente da Legislação específica sobre o Trabalho Voluntário e aceito atuar como voluntário nos Termos do presente Termo de Adesão.

Curitiba, 23 de fevereiro de 2.005

Assinatura do Voluntário: *Raphael Hardy Fioravanti*

Coordenador do Setor: _____

Testemunhas: _____



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO
HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE - HOSPITAL DE CRIANÇAS CESAR PERNETTA
INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PEQUENO PRÍNCIPE - IESPP
Atendendo crianças desde 1919
R. Desembargador Motta, 1070 • Água Verde • Curitiba • PR • 80250-060
Tel.: 41 310 1010 • Fax: 41 225 2291 • info@hpp.org.br • www.pequenoprincipe.org.br
C.N.P.J.: 76.591.569/0001-30 • Inscrição Estadual: isento • Inscrição Municipal: 5.002.035.943-2

ANEXO 4 – OPINIÃO DEIXADA AO SAC DO HOSPITAL POR UMA DAS MÃES DE CRIANÇAS INTERNADAS

ABRIL

HOSPITAL pequeno PRÍNCIPE

DEIXE AQUI SUA OPINIÃO

Prezado Cliente:

O principal objetivo do nosso Hospital é prestar sempre o melhor atendimento ao Cliente. Desta forma, colocamos ao seu dispor um canal de comunicação para que suas sugestões, críticas e elogios sejam ouvidas. Contamos com seu apoio.

*A vocês voluntários que fazem os
nossos filhos sentirem, agradeço de
coração pela carinho tão especial que
você transmitem através do um sorriso
que faz muitas vezes nossos filhos doentes
sentirem.*

*Que Deus conserve vocês sempre
assim.*

*Cada um que ajudar cuidar do
Rucas, obrigado. Vocês fazem nos
muito felizes.*

Obrigado

DADOS PESSOAIS:

Nome do responsável: *maria*

Paciente: *Rucas* [REDACTED]

nome completo

Telefone: () _____ Quarto: *320*


Obs.: Para que sua opinião possa ser avaliada com maior rapidez, a sua identificação é muito importante. Caso prefira, envie pelo correio, o selo será pago. Obrigado.

Cód 036 - verso

Dobrar e Colar

ANEXO 5 – OPINIÃO DEIXADA AO SAC DO HOSPITAL POR UMA DAS
MÃES DE CRIANÇAS INTERNADAS

JULHO

HOSPITAL  **PRÍNCIPE**
educ. Cultura
Voluntariado

DEIXE AQUI SUA OPINIÃO

Prezado Cliente:
O principal objetivo do nosso Hospital é prestar sempre o melhor atendimento ao Cliente. Desta forma, colocamos ao seu dispor um canal de comunicação para que suas sugestões, críticas e elogios sejam ouvidas. Contamos com seu apoio.

Quero AGRADECER AOS VOLUNTÁRIOS
que conseguem PASSAR PARA NÓS:
CARINHO, ATENÇÃO, AMIZADE, RESPEITO.
NESTE PERÍODO DE INTERNACÃO que
precisamos AS VEZES só de UMA PALAVRA
AMIGA ou, AO MENOS UM SORRISO. MEU
MUITO, OBRIGADA! EM ESPECIAL A'
THAIS, QUEM QUEIRA CONHECER o
MEU FILHO o [REDACTED]
Acesse o blog, [REDACTED]

Obrigada!

DADOS PESSOAIS:
Nome do responsável: [REDACTED]
Paciente: [REDACTED]
nome completo
Telefone: (041) [REDACTED] Quarto: 200

Obs.: Para que sua opinião possa ser avaliada com maior rapidez, a sua identificação é muito importante. Caso prefira, envie pelo correio, o selo será pago. Obrigado.

Dobrar e Colar